La prévention en actions

Plan d'action montréalais en santé publique

2003-2006

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

104-01723/

La prévention en actions

Plan d'action montréalais en santé publique

2003-2006

Septembre 2003

Une publication de la
Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
http://www.santepub-mtl.qc.ca

Comité directeur
John Carsley, responsable unité Maladies infectieuses, DSP
Irma Clapperton, chargée de projet, Plan d'action, DSP
Nicole Clouâtre, directrice générale, CLSC Villeray (à partir de juin 2003)
Louis Côté, directeur de l'Information et de la Planification, Régie régionale
Suzanne Couët, responsable Administration, DSP
Michelle Doyon, directrice générale, Regroupement des CLSC de Montréal
Louis Drouin, responsable unité Santé au travail et Santé environnementale, DSP
Serge Dulude, chef, Département régional de médecine générale
Jacques Durocher, responsable unité Santé physique, DSP
Hélène Gobeil, directrice générale, CLSC Saint-Léonard
Marie-Claire Laurendeau, responsable unité Écologie humaine et sociale, DSP (jusqu'à mars 2003)
Mariette Le Brun-Bohémier, directrice générale, CLSC Pierrefonds
Richard Lessard, directeur, DSP
Michel Mongeon, responsable Planification, DSP
Jean-Pierre Perreault, directeur général, CLSC Hochelaga-Maisonneuve (jusqu'à avril 2003)
Louis-Paul Thauvette, directeur général, CLSC Saint-Henri
Francine Trickey, responsable unité Écologie humaine et sociale, DSP (à partir d'avril 2003)

Édition
Deborah Bonney

Conseillère à la rédaction
Solange Lapierre

Graphisme
Paul Cloutier

Conception de la page couverture
Cossette communication-marketing

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (2003)

Dépôt légal : 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-392-X

Avant-propos

En continuité avec *Le défi de l'accès*, le plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002, la Régie régionale poursuit ses efforts dans sa planification stratégique 2003-2006, *La santé en actions,* pour favoriser la prévention et l'intégrer au continuum de services de santé et sociaux.

Le rapport annuel 2002 de la Direction de santé publique, *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal,* a posé un regard critique sur l'état de santé de la population montréalaise par rapport à d'autres grandes villes canadiennes. Il a identifié clairement les problèmes de santé auxquels il faut s'attaquer. Il a ciblé les groupes les plus vulnérables ainsi que les zones de la ville les plus durement touchées.

Dans le champ de la santé publique, des actions et des collaborations fructueuses sont déjà en cours. Plusieurs partenariats sont établis entre la Direction de santé publique, les CLSC, les médecins, la Ville de Montréal, les commissions scolaires, les écoles, les organismes communautaires et les divers ministères. Mais, face aux défis que pose la santé de la population montréalaise, une question demeure :

Comment mieux cibler l'action préventive et optimiser les contributions de tous et chacun ?

La Régie régionale, sa direction de santé publique et les CLSC ont convenu d'unir leurs efforts pour élaborer une proposition d'actions en prévention à l'automne 2002. Les actions suggérées visent les différents domaines de la santé publique et interpellent le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que les autres secteurs d'activités.

L'importance du problème, la capacité de mener des interventions efficaces, les liens déjà établis avec des partenaires ont servi de toile de fond à cette proposition. Plusieurs des actions suggérées sont déjà amorcées mais leur succès, et les gains en matière de santé, dépendent du choix de les maintenir, de les consolider ou de les développer.

Convaincue de l'importance d'une synergie entre les partenaires pour une action en faveur de la santé et du bien–être, un Forum des partenaires a été créé pour recommander les stratégies des divers secteurs d'activités en matière de santé publique.

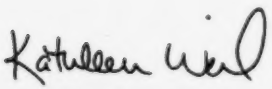
Une consultation a été menée au printemps 2003 auprès de la population et des divers secteurs d'activités montréalais. Enrichi des commentaires et des suggestions, le premier plan d'action montréalais en santé publique voit le jour. Il est le fruit d'une conviction profonde que l'action de santé publique doit être orientée pour et avec les divers milieux composant notre communauté montréalaise. Il pose les jalons d'un partenariat basé sur un consensus autour d'objectifs et d'actions communes pour établir une offre régionale de services préventifs pour les trois prochaines années. Concrètement, des ententes et des contrats pourront être établis avec différents secteurs d'activités ayant des leviers pour obtenir des gains en matière de santé de la population.

Une gamme des services et des programmes préventifs seront aussi adaptés et rendus disponibles par les CLSC et articulés dans des plans d'action locaux de santé publique. La réalisation de l'ensemble des activités du plan exige cependant un investissement financier non négligeable.

Le déploiement des services sera nécessairement tributaire des ressources consenties au secteur de la prévention. Annuellement, les mandataires des activités de santé publique identifieront les priorités de maintien et de développement en y précisant les actions et leur portée, les résultats attendus, la contribution de chacun, les modalités de suivi et le financement.

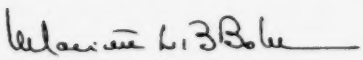
Finalement, nous optons pour un suivi conjoint pour la réalisation de ce plan.

Nous souhaitons que ce mode de gestion structuré et concerté renforce les engagements et permette à la population montréalaise d'avoir davantage accès aux services préventifs.



Kathleen Weil
Présidente du Forum des partenaires
en santé publique

Richard Lessard, M.D.
Directeur de santé publique



Mariette Le Brun-Bohémier
Porte-parole du comité de santé publique
du Regroupement des CLSC de Montréal

Introduction

Le document *Prévention en actions* présente une proposition d'objectifs et d'actions de santé publique à privilégier pour la période 2003-2006. Cette proposition s'inscrit dans le cadre de la planification stratégique de la Régie régionale. Elle résulte d'une vaste consultation auprès de l'ensemble des partenaires montréalais menée par la Régie régionale et le Forum des partenaires en santé publique (voir annexes 1 et 2).

En tout, 350 personnes ont participé à des ateliers thématiques organisés sur les axes 1, 3, 4 et 5. Quatre-vingt cinq avis ont été revus dans le cadre de la planification stratégique de la Régie régionale. À la suite des sondages menés auprès des omnipraticiens de la région et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, les 291 questionnaires complétés par les omnipraticiens ont été aussi analysés ainsi que les 211 soumis par le personnel du réseau. Finalement, les commentaires en lien avec Prévention en actions émis lors des Forums interactifs sur la jeunesse et la santé mentale et le Forum des comités d'usagers ont été aussi colligés.

La section 1 situe le contexte dans lequel s'inscrit l'élaboration du plan d'action régional, la section 2 présente la mission, les rôles et les responsabilités. La section 3 situe le portrait de santé de la population à desservir, suivi, de la section 4 par l'énoncé des principes directeurs. La section 5 dégage les principaux défis et actions pour les trois prochaines années. La section 6 propose les cibles d'action en matière de développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, des habitudes de vie et des maladies chroniques, des traumatismes intentionnels et non intentionnels, des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé en milieu de travail.

Finalement, la section 7 énonce des conditions de succès pour soutenir efficacement le déploiement du plan d'action régional.

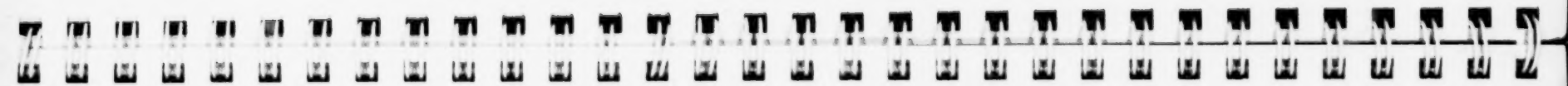


Table des matières

Avant-propos 3

Introduction 5

Contexte 9

Mission, rôles et responsabilités 11

Portrait de santé de la population 13

Principes directeurs 17

Neufs principaux défis pour les prochaines années 19

Vers une offre régionale de services de santé publique 2003-2006 : comment mieux cibler notre action 25

Axe 1 : Un engagement pour la réduction des inégalités sociales de la santé, avec les communautés et dans les milieux de vie 27

Axe 2 : L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles 29

Axe 3 : La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées 31

Axe 4 : La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable sur la santé 43

Axe 5 : La prévention et la vigie sanitaire des menaces dues aux agents biologiques, chimiques ou physiques 55

Axe 6 : Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants 69

Conditions de succès 73

Annexe 1 Bilan de la démarche de consultation 75

Annexe 2 Mandat et composition du Forum des partenaires en santé publique 79

Annexe 3 Sommaire des ressources de santé publique 82

Contexte

En 2001, la commission Clair[1] a souligné la nécessité de retrouver un meilleur équilibre entre prévenir, guérir et soigner. Le gouvernement du Québec et les orientations du MSSS ont rappelé l'importance de mieux intégrer les services et préconisé une action synergique des diverses disciplines et des différents secteurs d'activités de la société.

Ces documents soulignent l'obligation d'évaluer régulièrement la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la qualité des interventions, de s'assurer qu'elles ont un impact positif sur la santé. La prévention y figure aussi comme une stratégie essentielle.

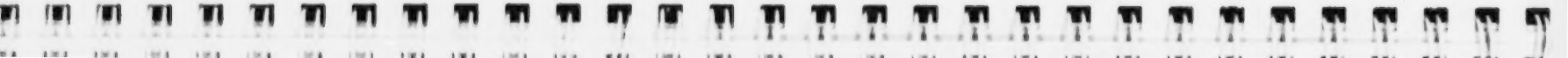
Pour renforcer la portée de son action, la nouvelle *Loi de santé publique*[2] précise des moyens et des obligations structurant la pratique, notamment le *Programme national de santé publique*[3]. Publié en novembre 2001, ce programme identifie les activités à réaliser au cours des dix prochaines années dans les domaines du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, des habitudes de vie et des maladies chroniques, des traumatismes non intentionnels, des maladies infectieuses, de la santé environnementale, de la santé en milieu de travail.

Il précise en quelque sorte quels services de santé publique sont accessibles à tous les citoyens et citoyennes du Québec. Il établit une plate-forme commune de l'offre de services de santé publique à rendre accessible dans toutes les régions et tous les territoires de CLSC[4]. À l'échelle régionale et locale, nous sommes invités à traduire le Programme national de santé publique en plans d'action régional et local en tenant compte de l'offre de services commune et des spécificités régionales.

La Régie régionale a choisi, en continuité avec *le Défi de l'accès de 1998-2002*, de faire du *Plan d'action montréalais de santé publique* la première orientation de sa planification stratégique 2003-2006. À son tour, ce plan guidera l'élaboration des plans d'action locaux des CLSC et servira aussi d'assise pour consolider, avec les partenaires, une alliance en faveur de la santé et du bien-être.

---

1. Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, *Les solutions émergentes, rapports et recommandations*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 410 pages, 2000.
2. Gouvernement du Québec, *Loi de santé publique*, 42 pages, décembre 2002.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Gouvernement du Québec, 119 pages, 2002.
4. Ibid



Mission, rôles et responsabilités

La Direction de santé publique de la Régie régionale et les 29 CLSC de l'île sont les porteurs institutionnels du mandat de santé publique.

La Direction de santé publique a pour mission la prévention des problèmes de santé et de bien-être ainsi que la réduction des inégalités sociales de la santé.

Le directeur de santé publique a pour responsabilités[5] :

1. d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;
2. d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;
3. d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la Régie régionale sur les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables;
4. d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action.

La Régie régionale a confié la gestion du plan d'action au directeur de santé publique. Les CLSC, pour leur part, ont la mission de réaliser des activités de santé publique sur leur territoire respectif. Ils doivent élaborer un plan d'action local en concertation notamment avec les organismes communautaires. Ces plans définiront les mesures à prendre pour atteindre les objectifs inscrits au plan d'action régional compte tenu des caractéristiques de la population desservie[6].

5. Gouvernement du Québec, *Loi des services de santé et des services sociaux*, amendée 2002.
6. Gouvernement du Québec, *Loi de santé publique*, 42 pages, décembre 2002.

Portrait de santé de la population

Montréal, deuxième plus grande ville du Canada, comptait selon le recensement de 2001, plus de 1,8 million d'habitants. On assiste au cours des dernières années à une reprise de la croissance démographique dans la région, au rythme de 15 000 personnes par année. Les phénomènes démographiques qui façonnent l'évolution des populations se traduisent à Montréal par une proportion élevée de personnes âgées de 65 ans et plus (15 %) et une augmentation de l'importance relative des immigrants qui comptent, en 2001, pour 28 % de la population (voir tableau et carte, pp. 15 et 16).

Au plan économique, la situation à Montréal s'est nettement améliorée au cours des dernières années. La proportion de personnes bénéficiant de l'assistance-emploi (aide sociale) est passée de 18 %, en 1996 à 13 % en 2002 alors que durant la même période, le taux de chômage diminuait de 14 % à 10 %. Malgré cette amélioration, le taux de chômage à Montréal demeure nettement plus élevé que dans les autres grandes régions canadiennes, et il subsiste des écarts importants à l'intérieur de la région. Dans certains quartiers, plus du quart de la population vit de l'assistance-emploi (voir carte p. 15).

En ce qui concerne l'état de santé des Montréalais, trois principaux constats se dégagent :

- une amélioration notable dans le temps;
- des progrès importants sont encore possibles à la lumière des comparaisons aux autres grandes villes canadiennes;
- des écarts persistants selon le CLSC et la sous-région de résidence.

Des informations plus détaillées sur l'état de santé et de bien-être des Montréalais sont disponibles sur le site Internet de la Direction de santé publique (www.santepub-mtl.qc.ca) ainsi que dans deux publications récentes *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*[7], Rapport annuel 2002 sur la santé de la population et *Le portrait statistique de la santé des Montréalais*[8].

7. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*, 92 p., 2002.

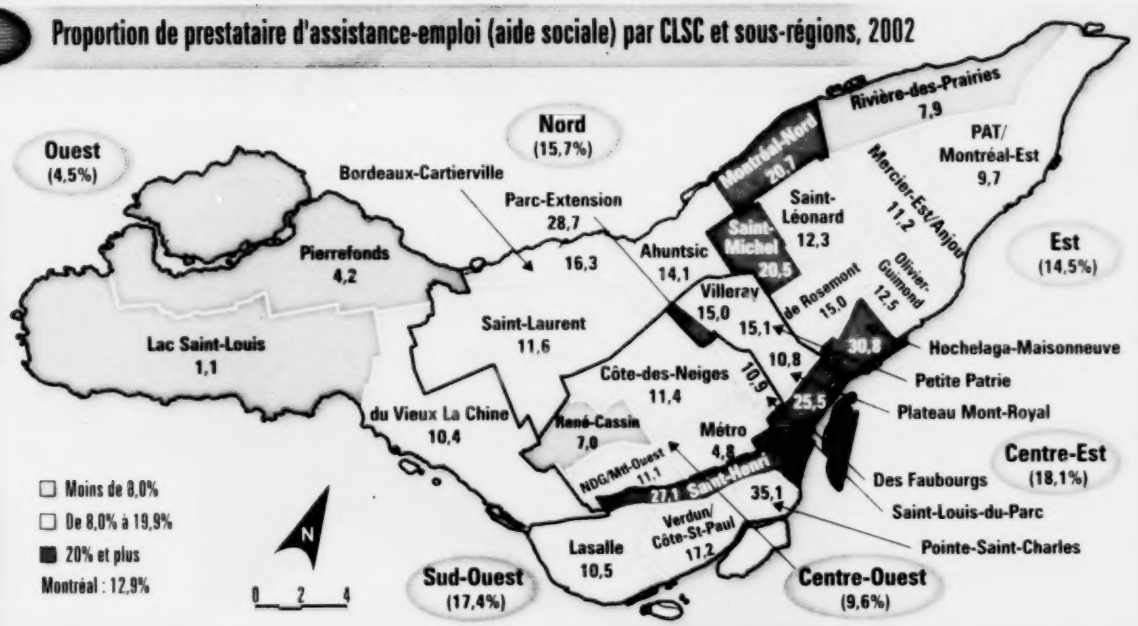
8. R. Choinière, J. Massie, C. Paradis, *Le portrait statistique de la santé des Montréalais*, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 342 p., 2003.

Carte de référence des CLSC et sous-régions

Comparaisons des sous-régions de Montréal

Indicateurs	Ouest	Centre-ouest	Nord	Sud-ouest	Centre-est	Est
Taux d'hospitalisation évitable, 1995-2000 (taux pour 100 000)	33,4	51,4	57,1	71,0	63,4	59,2
Taux de mortalité évitable, 1994-1998 (taux pour 100 000)	48,2	46,8	61,8	77,6	75,7	69,3
Taux ajusté d'interventions pertinentes, 1995-2000 (taux pour 100 000)	112,5	116,9	113,8	126,7	111,0	109,0
Taux ajusté de remplacement de la hanche, du fémur ou du genou, 1995-2000 (taux pour 100 000)	16,2	14,1	13,2	13,7	11,7	12,1
Taux ajusté de pontage coronarien, d'angioplastie ou d'implantation d'un pacemaker, 1995-2000 (taux pour 100 000)	27,5	31,0	30,0	34,2	32,1	34,1
Taux ajusté d'interventions pour la cataracte ou la rétinopathie, 1995-2000 (taux pour 100 000)	68,8	71,8	70,6	78,8	67,2	62,8

Proportion de prestataire d'assistance-emploi (aide sociale) par CLSC et sous-régions, 2002



Proportion d'immigrants par CLSC et sous-régions, 1996

Espérance de vie à la naissance chez les hommes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (en années)

Espérance de vie à la naissance chez les femmes par CLSC et sous-régions, 1994-1998 (en années)

Principes directeurs

Huit principes directeurs ont été retenus pour l'élaboration et l'implantation du plan d'action régional.

La reconnaissance du partenariat

D'abord et avant tout, la réalisation du plan régional de santé publique implique la nécessaire reconnaissance de tous les partenaires, politiques, institutionnels et communautaires. Ce partenariat doit être équitable, respectueux des structures, des mandats et des particularités propres à chacun.

Le respect des personnes et des milieux

La planification et les interventions doivent se faire dans le respect des personnes et des milieux. La dignité et l'intégrité des personnes doivent être respectées en tout temps. Les choix de vie et le potentiel de développement des personnes doivent être reconnus. Les activités de santé publique s'inscrivent ainsi dans le respect de l'autonomie des individus. De même, elles nécessitent la compréhension et le respect des dynamiques locales.

La continuité des interventions

Les interventions proposées par le plan d'action doivent se faire en continuité avec celles qui existent déjà. Ainsi, toute nouvelle intervention devrait tenir compte des activités en cours et des plans d'action des différents organismes et mécanismes locaux et régionaux. Dans la même ligne de pensée, il faudrait faire connaître et partager largement les pratiques, les expériences et leurs processus.

Une responsabilité collective face à la santé

Tout en respectant les choix des personnes, il faut également reconnaître que la santé est une responsabilité collective. Les individus n'ont pas de pouvoir sur tous les déterminants sociaux, économiques ou environnementaux. Les institutions publiques doivent donc prendre tous les moyens nécessaires pour agir sur ces déterminants et assurer l'égalité des chances de tous les citoyens et citoyennes face à la santé et au bien-être.

Une analyse différenciée selon les sexes

L'analyse différenciée selon les sexes s'applique dès le début de tout processus de planification. Elle permet de rechercher, d'évaluer et d'élaborer des stratégies tenant compte des différences et visant le redressement des écarts entre les hommes et les femmes; elle permet également de concevoir la mise en œuvre de ces stratégies. Elle demande de prévoir à l'avance les impacts ou les effets que pourront avoir les politiques, programmes et projets sur les femmes et les hommes. L'analyse différenciée intervient également au moment de l'évaluation en suggérant de mesurer les résultats en fonction de l'objectif de l'égalité entre les femmes et les hommes[9].

Une adaptation des interventions au caractère multiculturel de Montréal

Le caractère multiculturel de la population montréalaise doit être pris en compte dans l'élaboration et la mise en oeuvre du plan d'action en santé publique. Ainsi les programmes doivent être mieux adaptés afin

9. CRDÎM, comité Femmes et développement régional, et Relais-femmes, *Pour un développement égalitaire sur l'Île de Montréal : l'analyse différenciée selon les sexes*. 2000, p. 13.

de répondre aux besoins des communautés ethnoculturelles. Une attention particulière doit être portée aux problèmes de discrimination et d'exclusion dont sont victimes les personnes issues des minorités visibles.

Le soutien aux groupes vulnérables

Une attention particulière doit également être portée aux besoins de personnes ou de groupes vulnérables de la population tels les aînés, les personnes handicapées, les autochtones, qui sont confrontés à des problématiques spécifiques de santé, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Les interventions auprès de ces groupes doivent viser à développer leurs capacités et à promouvoir leur intégration sociale ainsi que leur participation à la vie de la collectivité.

Une approche de santé publique globale

Les interventions doivent reposer sur des stratégies efficaces et s'inspirer d'une approche globale qui transcende l'approche par « silos » ou par problèmes. On doit considérer les conditions globales d'une communauté lors de l'analyse des problématiques et de la planification des interventions. Les programmes seront donc appliqués avec souplesse, en les intégrant aux activités existantes et suscitant la contribution des partenaires locaux et régionaux. Ils miseront le cas échéant sur les structures et les organismes de concertation déjà en place dans les milieux.

Neufs principaux défis pour les prochaines années

Les grands enjeux sanitaires de la région sont décrits dans le Rapport annuel 2002 sur la santé de la population *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*. Par des comparaisons avec d'autres grandes villes canadiennes, on situe bien l'état de santé de la population quant aux principaux problèmes de santé et de bien-être, aux groupes les plus vulnérables et aux zones de la ville les plus touchées.

Le Plan d'action Montréalais en santé publique a pour objectif la promotion de la santé en tenant compte des besoins et des aspirations de la population. Cet engagement est le fondement sur lequel reposent les principaux défis à relever et les actions à mener pour intensifier les efforts de prévention au cours de la période 2003-2006.

Défi 1

Réduire les inégalités sociales de la santé et du bien-être et améliorer les conditions de vie des familles

Si les problèmes de santé sont plus élevés dans les milieux pauvres de Montréal, en comparaison avec les autres secteurs mieux nantis du point de vue socio-économique, il en est de même des conditions de vie des populations qui y résident. On y observe en effet de fortes inégalités tant sur la suffisance ou la qualité des logements, de l'approvisionnement alimentaire, d'aires de jeux ou d'espaces verts sécuritaires, etc., que sur l'emploi ou la scolarité.

La précarité économique des personnes et la précarité sociale des milieux de vie sont ainsi intimement liées aux problèmes majeurs de santé, à l'isolement social et à la détresse psychologique vécus par les groupes les plus vulnérables (les tout-petits, les jeunes, les nouveaux arrivants, les familles monoparentales).

Le développement des enfants peut être compromis en raison de conditions de vie peu propices. De même, certains jeunes qui vivent un très grand nombre de transitions connaissent des problèmes de santé et de bien-être liés aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociale : le décrochage scolaire, les grossesses à l'adolescence, les troubles d'anxiété, les jeux de hasard et d'argent, le suicide.

Principales actions

Améliorer et assurer une plus grande accessibilité au *Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance* et déployer plus de services intégrés pour favoriser le développement des tout-petits et des jeunes et pour soutenir les parents, surtout ceux vivant dans des conditions précaires.

Favoriser des approches globales et intégrées dans la communauté, particulièrement en milieu scolaire, visant à renforcer les compétences des jeunes, à accompagner les parents dans l'exercice de leur rôle, à soutenir le développement des jeunes et à prévenir les problèmes d'adaptation sociale et de santé mentale.

Soutenir des actions coordonnées, concrètes et durables visant à réduire les inégalités sociales de la santé, surtout sur le plan de la sécurité alimentaire et du développement des communautés locales.

Défi 2

Augmenter les pratiques préventives des professionnels et mieux les intégrer au continuum de services sociaux et de santé

La mortalité évitable correspond à des décès que des traitements prodigués au bon moment et au bon endroit auraient évités. Même si la mortalité évitable a reculé de plus de 40 % en 20 ans, Montréal affiche toujours le pire bilan des grandes villes au Canada, ce qui pour l'essentiel explique la surmortalité avant 65 ans des suites de cardiopathie ischémique et des maladies hypertensives et vasculaires cérébrales. Par ailleurs, les problématiques psychosociales étant très prévalentes en 1re ligne, il est nécessaire d'explorer et de consolider des pratiques préventives. En outre, les médecins de famille pratiquant en cabinet privé ou en CLSC occupent une place privilégiée pour faire bénéficier à leurs patients des actes préventifs et des conseils d'éducation à la santé pour éviter l'apparition d'une maladie et ses complications (ex. : diabète, asthme) et pour acquérir des comportements favorables à la santé. Enfin, pour intensifier la prévention et la gestion préventive des maladies, d'autres professionnels de 1re ligne, comme des infirmières, des ergothérapeutes, des nutritionnistes doivent y participer.

Principale action

Outiller et former les omnipraticiens ainsi que certains spécialistes et les professionnels des CLSC en vue de renforcer les activités de dépistage, d'éducation à la santé et de mesures de protection dans leurs interventions cliniques.

Défi 3

Améliorer les habitudes de vie et réduire le taux de blessures accidentelles

Les habitudes de vie demeurent problématiques puisque les tendances vont dans le sens opposé aux attentes, comme en témoignent la sédentarité, l'excès de poids et le tabagisme. Les conséquences en sont connues et les risques se trouvent multipliés si un individu cumule plusieurs de ces facteurs. Sans intervention, on connaîtra une évolution inquiétante des maladies chroniques qui hypothèquent déjà lourdement les services de santé.

On connaît l'importance de promouvoir le soutien et l'éducation auprès des personnes aux prises avec des maladies chroniques, comme les maladies cardio-vasculaires, les cancers, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'obésité, les maladies bucco-dentaires et l'ostéoporose. En plus d'une action individuelle pertinente (gestion clinique et éducation à la santé), il faut créer des environnements favorables à la santé, notamment par le biais de la concertation intersectorielle.

Au chapitre de la mortalité par blessures, Montréal connaît des taux inférieurs ou semblables à ceux de l'ensemble du Québec, sauf pour la mortalité des piétons qui est de 25 % supérieure. En outre, les accidents demeurent la première cause de décès chez les enfants et les chutes demeurent responsables d'un fort pourcentage d'hospitalisations chez les aînés.

Principale action

Encourager des habitudes de vie favorables en aménageant les milieux de vie, notamment par des politiques concertées qui soutiennent la pratique de l'activité physique et une meilleure alimentation, par de meilleures stratégies de prévention du tabagisme

et par un plus grand déploiement d'activités préventives des blessures et des chutes chez les aînés (de type programme P.I.E.D.).

Défi 4

Réduire la transmission du VIH et des autres maladies transmissibles

Il faut demeurer à l'affût des éclosions de maladies transmissibles dans un environnement urbain où les populations sont très mobiles. Les infections transmises sexuellement et par le sang doivent continuer d'être des préoccupations majeures. La propagation des infections VIH et hépatite C dans les groupes marginalisés, comme les usagers de drogues injectables, connaît une hausse sensible. Malgré une diminution du nombre de cas de sida en raison d'une meilleure thérapie, le nombre de personnes atteintes du VIH augmentent. Cette situation, conjuguée à la recrudescence des facteurs de risque et à la diminution des comportements préventifs, pourrait accroître le fardeau de cette infection. De plus, le relâchement observé de l'utilisation de moyens préventifs est une autre source d'inquiétude devant la hausse croissante des autres infections transmises sexuellement.

En outre, il importe de maintenir une vigilance constante pour prévenir et empêcher la propagation des infections et des maladies. Des liens privilégiés doivent donc s'établir avec les intervenants de 1re ligne et du réseau hospitalier, tant pour signaler des menaces réelles ou appréhendées, que pour déclarer des maladies et pour appliquer des mesures de contrôle s'il existe des moyens efficaces et disponibles (la vaccination).

Principale action

Intensifier la prévention et la promotion des comportements sécuritaires contre les infections transmises sexuellement et par le sang et appliquer rapidement des mesures de contrôle des maladies transmissibles.

Défi 5

Réduire les maladies respiratoires liées à la qualité de l'air et aux changements climatiques

Les problèmes de qualité de l'air tant intérieur (moisissures, amiante, fumée de tabac dans l'environnement...) qu'extérieur (smog urbain, pollen de l'herbe à poux, trafic routier...) contribuent fortement à augmenter la morbidité et la mortalité respiratoires (asthme, rhinite allergique, aggravation des maladies cardiorespiratoires pré-existantes) chez les personnes âgées. L'augmentation prévisible des températures associées aux changements climatiques augmentera cet impact sur la santé, et des stratégies pour s'adapter devront être implantées.

Principales actions

Promouvoir auprès des décideurs des politiques concertées pour améliorer la salubrité des logements et des milieux institutionnels (écoles, hôpitaux), pour réduire les émissions atmosphériques de sources fixes et mobiles, pour contrôler l'herbe à poux ainsi qu'implanter des stratégies pour s'adapter aux changements climatiques.

En collaboration avec les différents partenaires (Ville, ministères, CLSC, ONG, médecins), sensibiliser le public et les professionnels de la santé à cet enjeu et aux mesures préventives individuelles et collectives pour réduire les sources d'exposition et les problèmes de santé (ex. : programme de contrôle de l'asthme, programme Info-Smog, programme d'alerte à la chaleur accablante).

Défi 6

Exercer une vigilance et se préparer aux menaces causées par des agents biologiques, chimiques ou physiques

Les événements climatiques extrêmes, les accidents industriels majeurs, les épidémies sont autant de menaces qui convient les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à se préparer et à s'arrimer avec les partenaires, notamment la Ville. Les événements du 11 septembre 2001 ont bien démontré la vulnérabilité du secteur de la santé face au terrorisme chimique, biologique ou nucléaire en milieu urbain.

Il est crucial d'avoir accès rapidement aux informations, comme les signalements, les déclarations des infections, intoxications et maladies obligatoires pour intervenir efficacement auprès des personnes atteintes et des contacts, ainsi que dans les milieux à risque. Par ailleurs, certaines situations d'urgence exigent une mobilisation rapide et de grande envergure des ressources du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : campagne de vaccination contre la méningite), et c'est pourquoi il importe de prévoir une planification de plus en plus rigoureuse.

Principale action

Contribuer à préparer les plans de mesures d'urgence en collaboration avec les partenaires (ministère de la Sécurité civile et la Ville) et développer le plan de mobilisation des ressources prévu par la Loi de santé publique avec le réseau de la santé et des services sociaux, soit les CLSC et les Centres hospitaliers.

Défi 7

Documenter et intervenir sur la détresse psychologique et les problèmes de santé mentale en émergence dans divers milieux dont le milieu de travail

Les cas de santé mentale et de violence en milieu de travail répertoriés de 1994 à 2000 ont entraîné la plus longue durée d'indemnisation parmi l'ensemble des cas indemnisés par la CSST. Il existe pourtant des interventions efficaces de prévention qui pourraient être implantées avec le soutien des partenaires de la région. Pour élaborer un plan d'intervention, une meilleure connaissance du problème et des principaux milieux à risque est essentielle.

Principale action

Documenter, avec les partenaires, les problèmes de santé mentale et de violence en milieu de travail, les stratégies efficaces en vue d'établir un plan d'intervention concerté pour les milieux les plus à risque.

Défi 8

Réduire la violence envers les personnes

En milieu urbain, le problème de violence envers les personnes est une importante préoccupation de santé publique. Tous sont concernés par les conséquences graves qu'elle entraîne en termes de morbidité et de mortalité pourtant évitables.

Quelle soit appelée violence conjugale, agression sexuelle, guerre de gangs, taxage, vol à main armée, voies de fait, homophobie, elle est socialement inacceptable et sa réduction demeure un objectif à atteindre.

Principales actions

Agir le plus tôt possible dans la vie pour contrer ce phénomène demeure la stratégie de choix. La promotion des comportements et d'attitudes pacifiques chez les enfants et les jeunes, accompagnée d'un soutien aux parents et aux professionnels des milieux de garde et scolaires sera privilégiée.

Favoriser des aménagements urbains plus sécuritaires et développer le sentiment de sécurité afin de réduire les risques d'agression et de violence envers les femmes, les jeunes, les aînés, les personnes handicapées.

Défi 9

Réduire les suicides et les tentatives de suicide

La problématique du suicide constitue une préoccupation importante pour la santé publique et la réduction du taux de mortalité par suicide est l'une de nos priorités nationales. Par rapport aux autres grandes villes canadiennes, Montréal se comparait en 1996 à Edmonton et à Calgary, mais se situait nettement au dessus de Toronto. En 1996 également, par rapport aux autres régions du Québec, Montréal avait le plus bas taux de suicide, mais se situait au premier rang vu la taille de notre population. La mortalité par suicide était environ trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes en 1994-1998, surtout dans la tranche des 20-24 ans et dans celle des 35-54 ans.

Principales actions

Établir et suivre le profil des suicides et des tentatives de suicide chez les jeunes.

Poursuivre les travaux de concertation en prévention notamment avec les milieux jeunesse et adulte et avec le groupe de travail sur la prévention du suicide au pont Jacques-Cartier.

Améliorer les pratiques préventives chez les professionnels de la santé et, plus particulièrement, ceux oeuvrant auprès des jeunes.

Vers une offre régionale de services de santé publique 2003-2006 : comment mieux cibler notre action

Un champ d'action défini

Agir avant que ne surviennent les problèmes psychosociaux et de santé et permettre aux personnes de demeurer en santé, voilà le véritable but de l'action préventive.

L'action préventive est l'affaire de tous. Nous sommes appelés à traduire cette action aux plans personnel et collectif. Cependant, au niveau des institutions, les directions de santé publique et les CLSC ont la responsabilité d'offrir et d'organiser des services préventifs à la population.

Ce mandat de prévention, se distingue de celui de la prestation de services curatifs, par quatre caractéristiques fondamentales :

L'objet : la santé et le bien-être de la population

Le sujet : la population, des groupes ou des individus en santé ou ayant des facteurs de risque « prévenables» les rendant vulnérables.

La portée : des actions en amont, intersectorielles et des stratégies diversifiées portant sur les déterminants de la santé que sont les environnements favorables, les milieux et conditions de vie, les habitudes de vie, les agents biologiques, chimiques et physiques, les soins et les services.

L'approche : des interventions qui favorisent la mobilisation et la participation des personnes.

Concrètement, la contribution spécifique des activités en santé publique est claire et se regroupe autour de quatre fonctions essentielles reconnues par la Loi de santé publique et traduites dans le Programme national de santé publique, soit :

La surveillance continue de l'état de santé de la population

Des activités qui permettent d'évaluer l'état de santé de la population et de recueillir des données sur les déterminants de la santé afin d'en informer la population et les décideurs.

La promotion de la santé et du bien-être

Des actions qui visent à influencer les déterminants de la santé de façon à permettre aux individus, aux communautés, aux groupes d'avoir une plus grande emprise sur leur santé notamment par des stratégies telles :

- L'amélioration des conditions de vie
- Le soutien aux milieux de vie et de développement des environnements sains et sécuritaires
- Le renforcement du potentiel des personnes
- L'harmonisation des politiques publiques en faveur de la santé et du bien-être
- L'orientation du système de santé et des services sociaux vers la recherche des solutions efficaces, efficientes et de qualité.

La prévention

Des activités préventives qui visent à empêcher la survenue de problèmes ou de maladies (application de mesures préventives : vaccination), de réduire les facteurs de risque (éducation à la santé) ou de détecter les signes précurseurs de problèmes psychosociaux ou de santé (dépistage).

La protection de la santé

Des activités d'autorité exercées par le Directeur de santé publique ou des instances provinciales (le Directeur national de santé

publique et le Ministre) pour contrer les menaces réelles ou appréhendées susceptibles de causer une épidémie dans la population.

Une approche intégrée et concertée

Pour produire des résultats durables, l'action préventive doit être intégrée à tous les niveaux de services et reposer sur un partenariat étroit avec les autres secteurs d'activités. (Voir le graphique ci-dessous).

Trois objectifs pour orienter l'action :

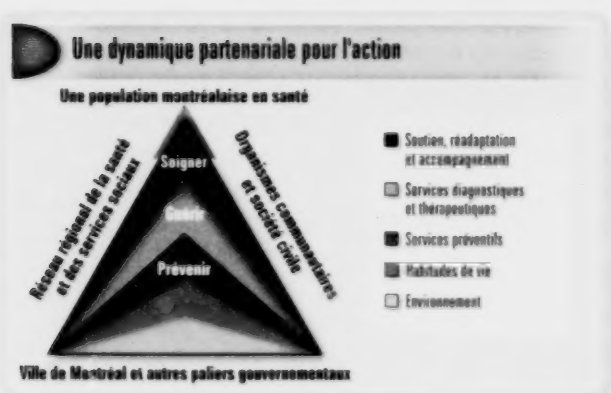
- **Prévenir** afin de permettre aux personnes de demeurer en santé.
- **Guérir** par le biais d'interventions précoces et efficaces pour rétablir la santé quand celle-ci est menacée.
- **Soigner** grâce à des approches thérapeutiques, visant non pas à supprimer le problème, mais plutôt à améliorer la capacité à composer avec celui-ci.

Des stratégies efficaces

Sept stratégies pour baliser l'action préventive.

Les actions proposées prennent appui sur des stratégies reconnues en santé publique et indiquées par le *Programme national de santé publique 2003-2012*, soit :

- **Renforcer** le potentiel des personnes
- **Soutenir** le développement des communautés
- **Favoriser** la création d'environnements favorables
- **Soutenir** les groupes vulnérables
- **Participer** activement à la concertation intersectorielle
- **Agir** avec célérité pour contrer les menaces à la santé de la population
- **Encourager** les pratiques cliniques préventives



Des cibles d'action

La proposition d'actions régionales pour la période 2003-2006 se présente sous la forme de 17 objectifs regroupés en six axes.

Les deux premiers axes représentent des stratégies transversales et les quatre autres des stratégies dans les domaines de santé publique suivants : le développement de l'adaptation et de l'intégration sociale, les habitudes de vie et les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels, les maladies infectieuses, la santé environnementale, la santé en milieu de travail.

Pour leur part, les 17 objectifs portent, soit sur des problématiques de santé, soit sur des clientèles spécifiques. Pour chacun, des cibles d'action sont fixées, pour lesquelles on indique la concordance avec la plate-forme commune du *Programme national de santé publique* ⊡ ainsi que les efforts à y consacrer en spécifiant si les cibles sont ⊏ à développer, □ à maintenir, ⊐ à consolider.

Un mode de gestion concerté

Le comité directeur constitué pour l'élaboration du plan d'action deviendra le comité d'implantation et de suivi. Ainsi les CLSC, la Régie régionale et sa Direction de santé publique poursuivront leurs efforts pour assurer conjointement un déploiement harmonieux et équitable des services préventifs pour les trois prochaines années.

Axe 1

Un engagement pour la réduction des inégalités sociales de la santé, avec les communautés et dans les milieux de vie

Objectif 1

Contribuer à réduire les inégalités sociales de la santé en favorisant, en partenariat, l'amélioration des conditions de vie (logement, alimentation, revenu, etc.), et les initiatives qui permettent aux citoyens d'être pleinement acteurs de leur développement

État de situation

Les inégalités sociales constituent un déterminant majeur de l'état de santé d'une population. À Montréal, les écarts de santé entre secteurs riches et pauvres sont très marqués à plusieurs égards : l'espérance de vie à la naissance, l'espérance de vie en bonne santé, le nombre de grossesses à l'adolescence, la détresse psychologique, le nombre d'hospitalisations et diverses causes de mortalité. On note aussi que, pour la plupart des indicateurs socio-économiques, notamment la scolarité et le revenu, Montréal se classe en queue de peloton parmi les régions urbaines du Canada. Les groupes en situation socio-économique précaire et les nouveaux arrivants sont les plus sensibles au cumul des facteurs liés à la vie urbaine tels que l'anonymat, l'isolement social, l'accès aux ressources.

En juin 2002, un certain nombre d'orientations pour le développement social de la nouvelle ville ont émergé du Sommet de Montréal et ont donné naissance à des chantiers de travail ; l'un, pour vaincre la pauvreté, inclut des actions pour la sécurité alimentaire ; un autre chantier vise à soutenir le développement des communautés locales. En juin 2003, trois arrondissements, Lachine, Sud-Ouest et Ville-Marie, ont été identifiés pour la mise en oeuvre d'un projet pilot de revitalisation urbaine intégrée. L'arrondissement de Montréal-Nord est aussi engagé dans une démarche intersectorielle particulière de développement.

Dans la dynamique actuelle de la région, il va de soi que le réseau de la santé doit intensifier son action sur la réduction des inégalités avec tous ses partenaires. À cet effet, la mobilisation des communautés, la création de milieux favorables à la santé et la promotion de politiques publiques saines sont des voies d'action prometteuses. Les actions régionales doivent aussi influencer la prise de décision au palier national. Par son pouvoir législatif, l'État détient en effet l'essentiel des leviers pour réduire les écarts socio-économiques de la société. Ce sont ses politiques qui fournissent les instruments pour agir sur les facteurs responsables de ces écarts.

Le défi consiste à réduire les inégalités sociales de la santé et du bien-être et améliorer les conditions de vie des familles.

Cibles retenues

Avec les partenaires intersectoriels

- ❶ Consolider la collaboration avec la Ville de Montréal, Centraide du Grand Montréal, les partenaires locaux et d'autres partenaires régionaux, dans le renforcement et le déploiement des tables intersectorielles de développement social dans les quartiers et les arrondissements.
- ❷ Promouvoir des mesures et des politiques publiques qui, dans tous les secteurs d'activités, renforcent la lutte à la pauvreté (ex. : en logement social, en sécurité alimentaire, sur la fiscalité) et mesurer l'impact des politiques publiques sur les conditions de vie des Montréalais.
- ❸ Mettre en oeuvre une stratégie concertée de développement durable en matière de sécurité alimentaire incluant tant des pratiques de production et de distribution alimentaires respectueuses de l'environnement que la surveillance des politiques sociales ou la transmission de savoir-faire. Miser sur l'engagement d'un ensemble d'acteurs pour la réaliser.
- ❹ Stimuler la recherche et le débat entre les chercheurs, les décideurs, les intervenants et le public sur tous les enjeux liés aux inégalités sociales, au développement des communautés et à la santé en partenariat avec l'Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé.

Axe 2

L'intégration des mesures préventives efficaces dans les pratiques médicales et professionnelles

Objectif 2

Promouvoir et soutenir les pratiques préventives

État de situation

Il est établi qu'une action de prévention est possible, efficace et rentable pour plusieurs problèmes de santé et de bien-être. Rappelons que le capital santé d'une population est hypothéqué par divers comportements que les individus adoptent, comme la consommation de tabac, la sédentarité, les mauvaises habitudes alimentaires, les comportements sexuels à risque, l'usage de drogues et d'alcool.

Des maladies chroniques telles les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires et les cancers comptent parmi les causes les plus fréquentes de mortalité et de morbidité chez les hommes comme chez les femmes. Pourtant, des stratégies d'intervention auprès des individus et des milieux de vie permettraient de prévenir ces problèmes de santé.

Diverses stratégies sont utilisées par les cliniciens pour appliquer les pratiques préventives reconnues efficaces auprès des individus, par exemple : renforcer le développement des habiletés personnelles pour l'adoption de comportements favorables à la santé, encourager l'éducation à la santé et le counselling (ex. : l'abandon du tabac), faire le dépistage (ex. : cancer du sein) et offrir des mesures de protection (ex. : la vaccination). Notons qu'il faudra accorder plus d'importance à la prévention des problèmes psychosociaux. Il s'agit donc de déterminer avec les cliniciens, les stratégies qui favorisent le mieux l'intégration, l'implantation et le maintien de mesures préventives.

La nécessité d'intégrer la prévention s'inscrit dans une perspective plus vaste de réorganisation des services de première ligne. Cette orientation, clairement énoncée dans les rapports récents sur les systèmes de santé (Commission Clair[10], Rapport Romanow[11], plan du MSSS), se concrétise dans de nouveaux modes d'organisation comme les groupes de médecine de famille.

10. Commission d'étude sur les services de santé et des services sociaux, *Les solutions émergentes, rapports et recommandations*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 410 pages, 2000.

11. Roy J. Romanow, *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Ottawa, Canada, 2002.

Le défi consiste à outiller et à soutenir les omnipraticiens, les professionnels des CLSC ainsi que certains spécialistes pour renforcer le dépistage, l'éducation à la santé et des mesures de protection adaptées.

Cibles retenues

Avec les partenaires de la santé

☐ ⊡ **5** Poursuivre les activités de soutien visant à intégrer et à maintenir les pratiques préventives dans les groupes de médecine de famille, ainsi que les autres types de pratique, à l'aide d'outils cliniques (par ex. : sur les problèmes physiques et psychosociaux) conçus pour les patients, les infirmières et les médecins.

☐ ⊡ **6** Poursuivre la formation et la diffusion d'information permettant le transfert des connaissances de mesures cliniques préventives destinées aux médecins par un programme du type *Prévention en pratique médicale* portant notamment sur les maladies cardiovasculaires, le diabète, le tabagisme, les anomalies congénitales, la détresse psychologique, la consommation de médicaments et le suicide.

☐ ⊡ **7** Consolider la formation visant le transfert des connaissances notamment la gestion préventive des maladies chroniques et des problèmes psychosociaux auprès des patients, des professionnels des CLSC et des médecins.

☐ ⊡ **8** Poursuivre la prévention et la promotion auprès des équipes multidisciplinaires des CLSC par un programme du type *Au cœur de la vie*.

Axe 3

La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Objectif 3

Favoriser le soutien des familles et l'amélioration de leurs conditions de vie pour le développement et l'adaptation sociale des tout-petits

État de situation

Montréal compte 127 000 enfants entre 0 et 5 ans dont la grande majorité se développe normalement. Toutefois, le développement de certains d'entre eux peut être compromis en raison d'un contexte de vie peu propice : en effet, près de la moitié (44 %) vit sous le seuil de faible revenu et un enfant de moins de 6 ans sur cinq vit dans une famille monoparentale.

Parmi les autres caractéristiques de Montréal, soulignons la forte population d'immigrants, dont l'impact sur la natalité est très marqué : de 1997 à 1999, 38 % des nouveau-nés avaient deux parents nés hors du Canada et 14 % un parent immigrant, pour un total de 52 %.

Chaque année à Montréal naissent un peu plus de 21 500 bébés. Une proportion non négligeable (6,3 %) naît prématurément (<37 semaines de gestation), et 8 % présente un retard de croissance intra-utérine. Cette situation est plus fréquente chez les mères adolescentes ou celles vivant en milieu défavorisé ; plus de 900 bébés par an ont une mère âgée de moins de 20 ans, dont environ 270 ont moins de 18 ans.

En outre, la faible scolarité des mères (moins de 11 années) constitue un facteur de risque pour la santé du nourrisson (soit 16 % des mères en 1996-1998). D'un profil psychosocial semblable à celui des jeunes mères, les jeunes pères sont de même milieu socio-économique, ils ont quitté l'école et vivent de l'aide sociale ou occupent un emploi peu rémunérateur. Souvent, ils ont quitté la famille dans les deux premières années après la naissance de l'enfant. On sait aussi que les mères adolescentes ont tendance à ne pas impliquer les pères dans la décision de garder l'enfant et de participer à son éducation. Tous ces facteurs influent sur l'exercice du rôle parental ainsi que sur le développement des enfants.

À l'échelle du Québec, 11 à 16 % des enfants de 5 ans présenteraient des troubles de la parole et du langage. On estime aussi que 10 à 15 % des enfants d'âge préscolaire présentent des retards de développement. Enfin, chez certains, ces problèmes se présentent plutôt sous la forme de comportements agressifs ou de retrait social. Pour plusieurs de ces enfants des

problèmes d'apprentissage ou d'adaptation scolaire peuvent survenir si on n'intervient pas assez tôt et si on ne leur procure pas des environnements de vie stimulants.

Autre problème, la violence, la négligence envers les enfants et la violence conjugale qui menacent le bien-être et le développement des tout-petits. Environ 40 % des situations signalées aux Centres jeunesse pour les 0-5 ans n'ont pas été retenues pour une évaluation. De plus, les situations de mauvais traitements chez les tout-petits ne sont pas toutes connues. Ces enfants et ces familles ont cependant besoin d'aide pour éviter que la situation ne se détériore. Il reste que, de 1998 à 2000, 2 750 enfants montréalais de moins de 6 ans ont fait l'objet d'une intervention des Centres jeunesse pour de mauvais traitements, soit un taux annuel moyen de 21 sur 1 000.

Le défi consiste à améliorer et intégrer les programmes actuels en assurant aux mères, aux pères et aux enfants (0-5 ans) en situation de vulnérabilité (grande pauvreté, sous-scolarisation, jeune âge des mères, immigration récente) un soutien intensif. Il s'agit donc, d'une part, d'assurer le financement et les ressources pour déployer plus de services par le biais de programmes efficaces à large échelle, comme ***le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance****.*[12] *D'autre part, il faut poursuivre le travail avec les décideurs politiques et municipaux pour lutter contre la pauvreté.*

Cibles retenues

Avec l'ensemble des partenaires

- ⑨ Déployer *le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance* dans les 29 territoires de CLSC, pour les femmes enceintes, les mères, les pères et les enfants vivant en contexte de grande pauvreté, tout en travaillant à intégrer ces programmes dans une perspective de santé globale.
- ⑩ Travailler à l'amélioration des conditions de vie des familles — sécurité alimentaire, développement social, logement, accès au revenu, à l'éducation et à l'emploi —, notamment avec les CLSC, la Ville, les organismes communautaires et les Centres de la petite enfance.
- ⑪ Soutenir et intensifier les pratiques cliniques préventives pour les médecins et les professionnels (ex. : promotion de l'allaitement maternel, counselling sur les saines habitudes de vie — tabac et alcool, la stimulation précoce des tout-petits, détection de problèmes psychosociaux tels l'abus et la violence).

12. *Le programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance* est le programme amélioré résultant de l'intégration du programme *Naître égaux - grandir en santé* et du *programme de Soutien aux jeunes parents*, proposé par le MSSS depuis janvier 2003.

- ⓬ Implanter et soutenir des interventions en stimulation précoce (sur les plans moteur, langagier, cognitif et social) auprès des tout-petits en complémentarité avec les CLSC et les organismes communautaires et de concert avec les milieux de garde.
- ⓭ Soutenir la pratique de l'allaitement maternel, notamment en instaurant un réseau de type *Amis des bébés* dans les services de maternité des centres hospitaliers, des CLSC et des Maisons de naissance.
- ⓮ Promouvoir l'engagement paternel et valoriser socialement le rôle du père.
- ⓯ Favoriser l'accessibilité aux programmes en petite enfance et leur adaptation culturelle, dans des territoires de CLSC où se retrouvent de nouveaux arrivants et les communautés ethnoculturelles.

Axe 3

La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Objectif 4

Promouvoir le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes (6-11, 12-17, 18-25 ans) tout en favorisant le soutien des familles et la création de milieux propices au développement

État de situation

Les jeunes vivent un très grand nombre de transitions importantes dans un laps de temps très court, passant de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte en moins de 20 ans. L'intensité des changements sur tous les plans les rend plus à risque de vivre des difficultés. La plupart des jeunes ont la chance de vivre auprès de parents ou de personnes qui les aident à bien traverser ces étapes d'adaptation et d'intégration sociale. Néanmoins, certains parents se sentent démunis et ont l'impression de ne pas posséder les compétences nécessaires. En 1996, parmi les 6 à 17 ans, la proportion de ceux vivant sous le seuil de faible revenu passait de 29 % dans les familles biparentales à 65 % dans les familles monoparentales.

Les comportements agressifs et la violence à l'école constituent une manifestation parmi d'autres difficultés d'adaptation. D'après une étude récente dans des écoles secondaires francophones, 64 % des garçons et 54 % des filles déclarent avoir été victimes d'au moins une situation de violence de la part d'autres élèves pendant l'année scolaire.

Quant au décrochage scolaire, on observe que nombre de jeunes n'obtiennent pas leur diplôme d'études secondaires, se mettant ainsi dans une situation défavorable sur le plan de l'emploi. En effet, bien que le taux de sortie sans diplôme des moins de 20 ans a reculé de 33 à 30 % entre 1996 et 1999, près du tiers d'entre eux auront un départ plus difficile dans leur vie.

En outre, le taux de grossesse à l'adolescence est préoccupant : de 1993 à 1998, chez les moins de 20 ans, il était de 51,2/1000, soit beaucoup plus que pour l'ensemble du Québec (36,9/1000). Par ailleurs, de 1995 à 1998, on observe une hausse de la proportion des grossesses se terminant par une interruption volontaire, soit près des 2/3.

Également, en milieu urbain, la forte concentration de jeunes favorise l'affiliation à des groupes sur la base de l'âge, de la race ou des intérêts communs. Ceci peut être un facteur positif de soutien et d'intégration sociale, mais peut aussi favoriser la marginalisation, l'exclusion ou des dérives

comme les gangs de rue, la consommation de drogues et d'alcool ou la prostitution. On estimait en 1996-1997 que 39 % de la clientèle des refuges et près de 31 % de celle des centres de jour et des soupes populaires était âgée de moins de 30 ans.

Une forte proportion de jeunes éprouvent des difficultés importantes ou vivent des situations de mauvais traitements. Selon les données récentes, près de 50 % des cas signalés chez les 6-17 ans ne sont pas retenus pour évaluation. Ces jeunes se retrouvent donc sans le soutien qui permettrait d'éviter que leur situation ne se détériore.

De 1998 à 2000, chaque année environ 2 770 jeunes de 6 à 11 ans ont fait l'objet d'une intervention des Centres jeunesse pour des troubles de comportement et 1 880 de 12 à 17 ans. Par ailleurs, selon les postes de police de quartier, les taux de délinquance juvénile varient entre sous-régions de 17 à 84 pour 1 000.

Notons enfin que près du tiers des 15 à 24 ans sont touchés par la détresse psychologique, une situation qui parfois se détériore et entraîne des idées suicidaires. Même si le taux de suicide est plus faible à Montréal que dans le reste du Québec, notons que 35 garçons et 7 filles pour 100 000 sont passés à l'acte entre 1996-1998. Les approches traditionnelles de soins de santé portent plus difficilement fruit auprès des jeunes.

Le défi consiste à implanter une approche différenciée selon le genre (garçon / fille), adaptée à la réalité multiculturelle et accessible pour les groupes marginalisés. Elle doit aussi inclure la prévention dans les pratiques cliniques. Bref, une approche concertée qui exige de créer des alliances entre les partenaires. La capacité de rejoindre les parents, le soutien aux partenaires locaux, ainsi qu'un financement approprié sont aussi des conditions de succès qui consolideront les approches intégrées déjà en expérimentation.

Cibles retenues

Avec l'ensemble des partenaires

Réduire les problèmes d'adaptation sociale des jeunes

⊡ ⊡ 16 Implanter et consolider dans les 29 territoires de CLSC les plans locaux intersectoriels basés sur des stratégies de développement des compétences personnelles et sociales (ex. : estime de soi, résolution des problèmes, rapports égalitaires), d'accompagnement intensif auprès des jeunes vulnérables, de soutien aux parents, d'aménagement de milieux favorables à la santé et au bien-être.*

** Pour le milieu scolaire, la consolidation et la mise en oeuvre des interventions intégrées de promotion-prévention pour les jeunes de 6-11 ans et 12-17 ans seront déterminées dans le cadre d'une entente de services entre les commissions scolaires et la Régie régionale. Pour les jeunes de 18-25 ans, une entente spécifique sera définie avec le Regroupement des collèges du Montréal métropolitain.*

☐ ⊡ **17** En milieu scolaire (primaire, secondaire et collégial)*, poursuivre, en collaboration avec les CLSC, l'implantation de programmes destinés aux jeunes et à leurs parents et visant la persévérance scolaire, la promotion de la santé mentale, l'adaptation aux phases de transition, le développement des compétences et la prévention de la violence et des jeux de hasard et d'argent (ex. : programmes de soutien scolaire, outils d'intervention de type *Le Sac à dos, Un double saut non périlleux, Contes sur moi, et VIRAJ, un programme qui vise la prévention de la violence dans les relations amoureuses*).

☐ **18** Poursuivre l'implantation de programmes visant à développer l'employabilité, la participation et l'insertion sociale des jeunes.

☐ **19** Favoriser l'accessibilité et l'adaptation culturelle des programmes et des interventions à l'intention des jeunes immigrants.

Réduire les grossesses à l'adolescence

☐ ⊡ **20** Établir et suivre le profil des grossesses à l'adolescence et leurs déterminants.

☐ ⊡ **21** Faciliter et améliorer l'accès à des services cliniques (ex. : Cliniques jeunesse), à la contraception orale d'urgence et à des services gratuits d'interruption volontaire de grossesse, et favoriser l'accompagnement dans la poursuite normale des activités scolaires.

☐ ⊡ **22** Soutenir le développement de pratiques cliniques préventives (ex. : le Programme d'éducation sexuelle des Centres jeunesse de Montréal) dans une approche de responsabilité partagée.

☐ ⊡ **23** Intensifier les approches intégrées de prévention en les adaptant aux genres et aux réalités culturelles.

Réduire le suicide et les tentatives de suicide

☐ ⊡ **24** Établir et suivre le profil des suicides et des tentatives de suicide chez les jeunes de Montréal et leurs déterminants.

☐ ⊡ **25** Poursuivre la concertation sur les orientations de la Table de concertation en prévention des suicides et améliorer les pratiques préventives, comme les protocoles d'évaluation et de suivi des jeunes à risque.

Promouvoir des politiques publiques favorables à la santé

☐ ⊡ **26** Appuyer les actions d'influence, comme la promotion de lois et règlements pour restreindre l'accessibilité à l'alcool chez les moins de 18 ans.

**Pour le milieu scolaire, la consolidation et la mise en oeuvre des interventions intégrées de promotion-prévention pour les jeunes de 6-11 ans et 12-17 ans seront déterminées dans le cadre d'une entente de services entre les commissions scolaires et la Régie régionale. Pour les jeunes de 18-25 ans, une entente spécifique sera définie avec le Regroupement des collèges du Montréal métropolitain.*

Axe 3

La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Objectif 5

Prévenir la détresse psychologique et les problèmes de santé mentale chez les adultes

État de situation

À Montréal, 30 % des adultes déclarent vivre du stress, c'est le taux le plus élevé parmi d'autres grandes villes canadiennes. Plusieurs facteurs sont en cause, comme les événements difficiles dans la famille (séparation, divorce, décès), au travail (perte d'emploi, harcèlement, travail sous pression, absence d'autonomie), et dans l'environnement social (peu d'amis, difficultés d'intégration).

D'après une étude réalisée en 1998, 20 % des Montréalais se classaient dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique, ce qui est corroboré par une enquête publiée en 2002 indiquant que près d'un Montréalais sur cinq présente des manifestations de souffrance psychique. Enfin, bien que la proportion de la population présentant des risques de dépression demeure plus faible à Montréal (9 %) comparée aux autres grandes villes canadiennes, la situation mérite d'être considérée. En effet, la détresse psychologique est d'autant plus préoccupante qu'elle est souvent associée à une plus forte consommation de médicaments et à une utilisation plus grande des services de santé. Un niveau élevé de stress et de détresse est aussi associé à une consommation abusive d'alcool et de drogues. Finalement, des coûts indirects en termes d'incapacité, de perte de qualité de vie et de pertes économiques viennent hypothéquer davantage les personnes touchées.

La maladie mentale demeure encore un sujet tabou dans la population. La méconnaissance des signes et symptômes associés aux troubles mentaux limite grandement la capacité d'intervenir tôt, ce qui pourrait prévenir l'aggravation des symptômes. Outre la méconnaissance dans l'entourage des signes avant-coureurs, il y a aussi la réticence même des personnes en détresse à consulter les services cliniques spécialisés.

En effet, un trouble mental non traité risque de s'aggraver au cours des années, de devenir chronique et de s'accompagner de comorbidité[13] et c'est l'un des facteurs prédisposants au suicide. Or, Montréal enregistre le taux le plus élevé de suicide parmi les grandes régions urbaines du Canada, avec les taux les plus élevés chez les hommes de 35 à 54 ans ainsi que dans les sous-régions socio-économiquement défavorisées.

13. On parle de comorbidité quand une personne souffre de plus d'un problème de santé.

On sait que les aidants naturels ont un rôle essentiel de soutien auprès des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. Une enquête a mis en lumière les dimensions négatives et positives de ce rôle et servira à ajuster les interventions pour mieux les soutenir.

L'ensemble des partenaires et la population doivent être mis à contribution pour diminuer les facteurs de stress qui contribuent à l'émergence ou à l'aggravation de ces problèmes.

Le défi consiste à instaurer simultanément plusieurs stratégies d'action pour améliorer la santé mentale des adultes : mieux connaître les manifestations précoces des troubles et améliorer les pratiques cliniques préventives à l'endroit des personnes en détresse et des aidants familiaux en intégrant mieux la gamme complète des services (1re, 2e, 3e ligne) et en facilitant l'accès aux services aux populations immigrantes.

Cibles retenues

Avec l'ensemble des partenaires

Réduire les troubles anxieux et dépressifs

☐ ⊡ **27** Collaborer à la campagne de sensibilisation de la Régie régionale sur les troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans.

☐ ⊡ **28** Favoriser le dépistage précoce et accroître les demandes d'aide grâce à des outils d'information et de sensibilisation pour la population et les intervenants du secteur de la santé, des services sociaux et du milieu communautaire et en collaboration avec ces derniers.

☐ ⊡ **29** Développer des interventions de prévention et de promotion en collaboration avec la filiale de Montréal de l'Association canadienne de santé mentale, les CLSC et les autres partenaires.

☐ ⊡ **30** Soutenir les pratiques cliniques préventives efficaces par des activités et des outils de formation et d'information.

Réduire le suicide et les tentatives de suicide

☐ ⊡ **31** Mettre à jour et diffuser régulièrement l'état de situation des suicides et tentatives de suicide et soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional en prévention.

☐ ⊡ **32** Collaborer au développement d'activités préventives avec les partenaires intersectoriels notamment ceux impliqués dans les milieux jeunesse et adulte.

☐ ⊡ **33** Soutenir les pratiques sociales et médicales préventives des intervenants (ex. : reconnaissance des signes avant-coureurs).

☐ ⊡ **34** Améliorer la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires et collaborer à réduire le suicide en limitant l'accès à des moyens de suicide notamment la prévention du suicide au pont Jacques-Cartier, le contrôle des armes à feu, etc.

Prévenir les problèmes de santé mentale

- ☐ 35 Documenter et intervenir sur les effets des problèmes de santé mentale sur les familles et les aidants naturels.
- ☐ 36 Poursuivre une intervention spécialisée en milieu HLM en collaboration avec les CLSC et l'Office municipal d'habitation de Montréal.

Axe 3

La réduction des problèmes liés au développement, à l'adaptation et à l'intégration sociale des enfants, des jeunes, des adultes et des personnes âgées

Objectif 6

Améliorer les conditions favorables à la santé, au bien-être, à l'intégration et à la participation sociale des personnes âgées

État de situation

À Montréal, où la proportion d'aînés est plus forte que dans les autres centres urbains au Canada, une personne de 65 ans peut espérer vivre encore 13 ans sans incapacité. Avec l'âge de la retraite qui a tendance à diminuer, cette période de la vie est davantage envisagée comme permettant un plus grand engagement familial, social et communautaire ou l'occasion de réalisations personnelles, d'autant plus pour ceux qui disposent de ressources (éducation, revenus).

Toutefois, des événements peuvent compromettre cet avenir, comme le deuil d'un conjoint avec ses répercussions émotionnelles, relationnelles et économiques. La surmortalité masculine rend les femmes plus vulnérables à cet égard : à 65 ans, 45 % d'entre elles vivent seules et, en plus, après 75 ans, près de la moitié vivent sous le seuil de faible revenu. Les incapacités liées à la mobilité physique constituent aussi une contrainte : une personne sur cinq en est affectée entre 65 et 74 ans, et une sur trois entre 75 et 84 ans. L'adaptation des environnements apparaît la mesure essentielle pour faciliter l'accès aux ressources, retarder la perte d'autonomie et préserver l'intégration sociale des aînés, d'autant plus qu'en très grande majorité ils vivent à domicile jusqu'à un âge avancé (96 % des 65-74 ans et 89 % des 75-84 ans). Bien qu'il soit difficile de faire un diagnostic précis quant au niveau d'adaptation des environnements, certains obstacles sont bien identifiés (ex. : l'accès au transport public pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles, la disponibilité de logements abordables et adaptés).

En matière de santé mentale, de récentes données (2002) révèlent un paradoxe : les personnes âgées consomment plus de psychotropes que les autres groupes d'âge bien que la prévalence des problèmes de santé mentale y soit plus faible. De nombreuses études signalent toutefois que la dépression chez les aînés serait sous-diagnostiquée. Face à ces informations en apparence contradictoires, de nouvelles recherches sont nécessaires pour bien comprendre les liens entre les problèmes de santé mentale chez les aînés et les médications qui leur sont prescrites.

Pour les aînés plus vulnérables en perte d'autonomie, le soutien des proches est essentiel à leur bien-être et à leur maintien dans la communauté. Les aidants familiaux offrent environ 80 % de l'aide et des soins requis par ces aînés, ce qui peut avoir des répercussions négatives : on observe en effet chez les aidants une surmortalité et des taux de dépression plus élevés et, parfois, leur épuisement entraîne même des situations d'abus et de négligence à l'égard de la personne dépendante.

Selon une étude récente, on compte un peu moins de 10 % des personnes âgées victimes de violence (psychologique, physique, exploitation financière). La proportion serait plus élevée parmi la clientèle de maintien à domicile (jusqu'à 18 %) et les agresseurs se retrouvent souvent parmi les proches (conjoints et enfants). Quelques CLSC ont déjà instauré des programmes de prévention des abus et de la négligence pour cette clientèle.

Les défis sont de deux ordres : renforcer le soutien aux aidants et améliorer nos connaissances liées aux problèmes de santé mentale, en particulier l'utilisation de la médication. Améliorer nos connaissances de la dépression, des facteurs de risque, des interventions efficaces et de l'utilisation des psychotropes permettra en outre d'identifier les interventions préventives. Les situations d'abus posent à la fois des défis de dépistage et de formation aux intervenants. Enfin, l'adaptation des environnements constitue une mesure cruciale pour retarder la perte d'autonomie et favoriser la participation sociale des aînés.

Cibles retenues

Avec l'ensemble des partenaires

Favoriser l'intégration et la participation sociale des aînés et retarder la perte d'autonomie par l'adaptation des environnements

- ☐ **37** Documenter la qualité des environnements et leur adéquation aux besoins des aînés notamment par le développement d'outils et la diffusion d'information sur les expériences locales novatrices.
- ☐ **38** Documenter les problèmes reliés au transport en commun et au transport adapté et leurs impacts sur l'isolement et la perte d'autonomie.
- ☐ **39** Accroître nos connaissances sur le développement de conditions essentielles au maintien des personnes âgées dans la communauté.
- ☐ **40** Soutenir le développement et la mise en œuvre d'un plan d'action favorisant une meilleure adaptation des environnements (par exemple, l'accès au transport, aux loisirs, à la culture, à l'information, HLM). Ce plan d'action est piloté par la Table de concertation des aînés de Montréal en collaboration étroite avec la Ville et d'autres partenaires.

☐ **41** Mettre sur pied des projets de promotion visant à améliorer l'estime de soi des aînés et à modifier les images et les discours négatifs à l'égard des personnes âgées, en reconnaissant leur contribution sociale.

Réduire les problèmes d'abus et de négligence à l'endroit des aînés

☐ ⊡ **42** Intensifier les stratégies de dépistage et de référence, tant par le biais des demandes au programme de soutien à domicile que par Info-Santé CLSC et par les programmes de maintien dans la communauté. À cette fin : participer au développement de protocoles d'intervention pour le dépistage et le suivi ; participer à la formation des intervenants de maintien à domicile de tous les CLSC ; soutenir la mise en place d'un réseau de référence pour la région ; adapter les programmes aux populations immigrantes.

Soutenir les aidants familiaux des aînés en perte d'autonomie

☐ **43** Soutenir le plan d'organisation régional des services pour les aidants en mettant en place, notamment des services de répit de qualité, d'intervention de groupe et de counselling individuel, et augmenter les services de soutien à domicile et les ressources dans l'entourage non familial (transport médical, réseaux d'entraide).

Avec les partenaires de la santé

Augmenter la proportion d'aînés en bonne santé mentale et réduire la consommation de psychotropes

☐ **44** Poursuivre l'analyse de l'Enquête de santé mentale auprès des Montréalais pour la clientèle de 65 ans et plus afin de mieux comprendre la problématique des troubles anxieux et dépressifs et celle de l'utilisation des psychotropes.

☐ ⊡ **45** Documenter les facteurs associés à la dépression et les interventions préventives efficaces (prévention primaire et secondaire).

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable sur la santé

Objectif 7

Réduire le tabagisme

État de situation

Environ 3 000 Montréalais et Montréalaises meurent chaque année de maladies causées par les produits du tabac (cancers, maladies cardio-vasculaires ou pulmonaires). C'est quatre à cinq fois plus que les décès causés par les accidents de la route, les suicides, les meurtres, le sida et la consommation illicite de stupéfiants. Parmi les personnes qui fument à l'âge de 20 ans, une sur deux mourra de cette dépendance, perdant en moyenne 15 ans de vie. De plus, les conséquences de la fumée sur la santé des non-fumeurs sont connues depuis plusieurs années.

Bien que la population soit de plus en plus informée des effets néfastes du tabac, la dépendance fait que plus de 400 000 Montréalais âgés de 12 ans et plus en faisaient usage en 2001. Environ un adolescent de 12 à 19 ans sur cinq fumerait chaque jour ou à l'occasion, les filles plus que les garçons. Le tabagisme est davantage présent chez les jeunes adultes, les personnes seules ou à la tête d'une famille monoparentale à faible revenu.

Malgré l'ampleur du phénomène, on observe depuis cinq ans une baisse de l'usage du tabac tant au Québec qu'à l'échelle régionale. De nombreuses interventions ont contribué à cette réduction, soit : une hausse marquée du financement gouvernemental pour les actions de santé publique, l'adoption de la Loi sur le tabac en juin 1998, des campagnes médiatiques d'envergure nationale, des hausses de taxes sur les produits et l'inscription au régime d'assurance médicaments des aides pharmacologiques pour cesser de fumer.

De plus, plusieurs actions sont venues compléter les interventions à l'échelle nationale, comme des activités de communication, des projets ciblant le milieu scolaire, les médecins et les entreprises ainsi que des activités de recherche.

Il est largement reconnu que, pour réduire le tabagisme un programme écologique coordonné est essentiel. Il s'agit là d'un ensemble d'interventions se renforçant les unes les autres et visant diverses cibles dans divers milieux qui ont pour objectif de modifier les normes sociales, de prévenir la dépen-

dance chez les jeunes, d'aider les fumeurs à cesser de fumer et de protéger les non-fumeurs. Il faut aussi porter une attention particulière aux groupes les plus à risque, comme les personnes défavorisées et les jeunes.

Chez les jeunes, cependant, on constate que les actions entreprises pour prévenir ou réduire le tabagisme posent des défis importants. En effet, des mesures mal adaptées non seulement produisent peu d'effets, mais ont parfois des effets inverses.

Le défi consiste à développer et à mettre en oeuvre des stratégies efficaces de prévention du tabagisme chez les jeunes et d'insérer cette problématique à l'agenda des responsables de l'éducation.

Cibles retenues

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ 46 Promouvoir en collaboration avec le partenaire municipal un projet pour faire de Montréal une ville respectueuse des non-fumeurs.
- ☐ ⊡ 47 Développer des interventions efficaces auprès des jeunes, en collaboration avec les milieux de la recherche, scolaire et communautaire.
- ☐ ⊡ 48 Poursuivre les activités d'abandon du tabagisme auprès des étudiants de niveau collégial.
- ☐ ⊡ 49 Développer des activités de communication incitant au non-usage du tabac, notamment par le programme *Défi, j'arrête, j'y gagne*.

Avec les partenaires de la santé

- ☐ ⊡ 50 Suivre l'évolution du tabagisme à l'échelle régionale et sous-régionale.
- ☐ ⊡ 51 Soutenir les médecins afin qu'ils intègrent à leurs pratiques le counselling en cessation et prévention.
- ☐ ⊡ 52 Mettre en place une douzaine de centres d'abandon du tabagisme dans les CLSC, dans le cadre du Programme québécois d'abandon du tabagisme.
- ☐ 53 Poursuivre la recherche identifiant les facteurs de risque d'acquérir la dépendance à la nicotine chez les jeunes.

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable sur la santé

Objectif 8

Favoriser une saine alimentation et la pratique de l'activité physique

État de situation

On peut améliorer grandement sa santé et sa qualité de vie grâce à l'ajout d'une dose modérée d'activité physique dans son quotidien et par de saines habitudes alimentaires. On observe cependant que moins d'un Montréalais sur deux consomme au moins cinq portions de légumes et fruits par jour. Le nombre de personnes inactives, déjà très élevé, tend à augmenter : entre 1992-1993 et 1998, une personne sur deux était inactive chez les 15 ans et plus tandis qu'en 2001, on compte trois personnes sur cinq inactives chez les 12 ans et plus. Ce problème augmente avec l'âge et culmine chez les plus de 65 ans. La sédentarité conjuguée à une mauvaise alimentation mène souvent à un excès de poids : à Montréal, 25 % des 15 ans et plus font face à ce problème. Il y a donc urgence et il faut intervenir. L'obésité, le diabète, l'hypertension, les maladies cardio-vasculaires, le cancer sont autant de maladies chroniques découlant de la sédentarité et d'une mauvaise alimentation.

On sait à présent que l'intervention axée sur les environnements est beaucoup plus efficace que les approches traditionnelles pour influencer les comportements. Il s'agit par exemple de structures physiques incitatives (aménagements encourageant la marche, pistes cyclables), de la disponibilité de produits santé (machines distributrices et cafétérias), de structures politiques et sociales (politique alimentaire en milieu scolaire, politique favorisant l'activité physique au travail), des stratégies à grande échelle et d'autres ciblant des communautés culturelles.

D'une part, avec la population qui vieillit, il devient crucial de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle des aînés et de prévenir les chutes en facilitant la pratique sécuritaire d'activités physiques. D'autre part, il faut s'intéresser aux jeunes, vu l'obésité croissante et leur peu d'intérêt pour l'activité physique.

Le défi réside dans la promotion et l'implantation de politiques concertées avec les partenaires pour sensibiliser la population, augmenter la pratique de l'activité physique et acquérir de saines habitudes alimentaires.

Cibles retenues

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ ⊡ 54 Soutenir la création d'environnements favorisant la pratique d'activités physiques chez les jeunes avec les commissions scolaires, les collèges, les organismes de sport étudiant, les organismes communautaires jeunesse, la Ville, avec des programmes de type *Québec en forme* et *Chez nous, on bouge tous ensemble*.
- ☐ 55 Développer un programme de recherche pour évaluer l'influence des médias sur les normes sociales et les habitudes de vie en collaboration avec, entre autres, les universités.
- ☐ ⊡ 56 Développer un projet avec la Ville pour mieux connaître les caractéristiques de l'aménagement urbain exerçant une influence sur l'activité physique.
- ☐ 57 Collaborer à un projet de recherche sur les caractéristiques incitatives et défavorables à la marche pour les aînés : cadre bâti, interconnexion des rues, sécurité de l'environnement, etc.
- ☐ ⊡ 58 Promouvoir la pratique de l'activité physique chez les aînés en accentuant les activités de communication incitatives.
- ☐ ⊡ 59 Promouvoir la disponibilité et l'accessibilité à des aliments sains dans l'industrie des services alimentaires, notamment pour favoriser la consommation quotidienne d'au moins cinq portions de fruits et légumes en milieux de travail, scolaire, collégial et universitaire.
- ☐ ⊡ 60 Promouvoir auprès des donateurs de denrées, de banques et comptoirs alimentaires, l'accès à des aliments sains et de qualité pour les utilisateurs de ces services.

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable sur la santé

Objectif 9

Lutter contre le cancer

État de situation

Le cancer, deuxième cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires, est responsable de 30 % des décès dans les pays industrialisés. En 2001 seulement, on a estimé que 34 242 personnes en seraient atteintes au Québec et que 17 394 personnes en décèderaient.

En 1998, le ministère de la Santé lançait le *Programme de lutte contre le cancer* qui conférait aux Régies régionales le mandat d'implanter un réseau intégré de lutte contre le cancer. Le programme, qui vise à rapprocher les services le plus près des gens, tout en concentrant l'expertise dans des centres spécialisés, inclut tous les volets depuis la promotion de la santé jusqu'aux soins de fin de vie.

En outre, le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS) a été implanté à Montréal en 1998, avec son centre de coordination à la Direction de santé publique. Bien que la proportion de femmes qui passent une mammographie a augmenté depuis 1987, le taux actuel de recrutement au programme de dépistage du cancer du sein est de 32,2 %, un des plus faibles taux au Québec.

Depuis janvier 2002, les groupes communautaires, les CLSC, les centres de dépistage et de diagnostic et les centres de référence se sont concertés pour élaborer des stratégies qui augmentent la participation des femmes. Enfin, il faut soutenir les pratiques cliniques préventives par des outils cliniques et des activités de formation visant à mieux intégrer le dépistage dans les pratiques médicales et professionnelles.

Par ailleurs, on éviterait la grande majorité des cancers du col de l'utérus si toutes les femmes à risque passaient le test de dépistage (test Pap). La Colombie-Britannique, l'Ontario, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta ont mis sur pied un programme systématique de dépistage de ce cancer, le deuxième en fréquence dans le monde. Au Québec, Montréal pourrait servir de territoire pilote pour la démonstration d'un tel programme.

Le défi consiste à coordonner, à suivre et à évaluer l'ensemble des actions du programme de lutte au cancer et, en particulier, à augmenter le recrutement au programme de dépistage du cancer du sein et à soutenir financièrement la consolidation de ces programmes.

Cibles retenues

Avec les partenaires de la santé

Consolider la participation au Programme régional de lutte contre le cancer

- ⌐ **61** Mettre en place un registre régional des tumeurs.
- ⌐ **62** Déterminer les causes de l'excès de 25 % de mortalité par cancer du côlon et du rectum observé à Montréal par rapport aux taux canadiens ; déterminer la survie à 5 ans selon les stades de la maladie et les traitements de 1re ligne ; établir l'influence du statut socio-économique sur la mortalité par cancer du côlon.
- □ **63** Analyser les pratiques des centres hospitaliers, des CLSC et des organismes communautaires en matière de services de soutien et de services psychosociaux, évaluer les écarts avec les normes canadiennes et identifier les stratégies pour améliorer les services aux personnes atteintes et à leurs proches ; documenter les besoins de soutien et psychosociaux des personnes atteintes et de leurs proches.
- ⌐ ⊡ **64** Soutenir les pratiques cliniques préventives auprès des omnipraticiens, des infirmières et des spécialistes en développant des outils cliniques et par la formation continue.

Consolider les assises et améliorer la concertation du Programme régional de dépistage du cancer du sein

- ⌐ ⊡ **65** Évaluer la mise en œuvre du Programme (fonctionnement des centres de dépistage et des centres de référence ; satisfaction ; accessibilité aux personnes handicapées) ; déterminer les raisons expliquant le faible taux de participation ; et développer des mécanismes d'assurance de la qualité.
- ⌐ ⊡ **66** Augmenter la participation des femmes de 32 à 70 % par des interventions pour rejoindre celles qui n'y participent pas (programmes d'information et d'éducation des intervenants et de la population, volet sensibilisation et services d'accompagnement).

Élaborer un projet de démonstration pour le dépistage du cancer du col utérin

- ⌐ **67** Élaborer un projet de démonstration régional pour établir un programme de dépistage systématique du cancer du col utérin à l'échelle provinciale.

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable sur la santé

Objectif 10

Réduire les problèmes de santé dentaire

État de situation

Au cours des 15 dernières années, la santé dentaire s'est nettement améliorée, avec une baisse de la carie chez les enfants de tous âges ainsi qu'une diminution de l'édentation complète chez l'adulte. Malgré tout, il demeure des disparités marquées. Au Québec, en 1998-1999, on observe que 24 % des enfants de maternelle cumulent 90 % des caries en dentition primaire. On note également, pour leurs familles, des revenus ainsi que des niveaux de scolarité nettement moins élevés. Le même phénomène s'observe pour les enfants du primaire et du secondaire. Bien qu'il existe des moyens efficaces pour traiter la carie dentaire, l'utilisation des services dentaires chez ces populations plus affectées est beaucoup moins élevée.

Puisque la carie dentaire peut avoir des conséquences (édentation, mauvaise occlusion, maladies parodontales, problèmes articulaires, élocution, estime de soi) et que plus de 40 % des enfants de maternelle en sont affectés, l'intervention en amont est des plus pertinentes. Contrairement aux soins médicaux, les services dentaires assurés par le gouvernement touchent très peu de gens, soit les prestataires de la sécurité du revenu ainsi que les enfants de moins de 10 ans pour qui, seuls les soins curatifs sont assurés. Après l'âge de 65 ans, il n'existe pratiquement plus aucun programme public d'assurance dentaire. Enfin, on constate que les Montréalais fréquentent moins le dentiste que les résidents des autres villes canadiennes.

Il revient donc au réseau de santé publique de maintenir les activités d'éducation, d'assurer la mise en œuvre et le soutien des mesures préventives en santé buccodentaire (fluoruration des eaux de consommation, application topique de fluorures, utilisation du dentifrice, application d'agents de scellement dentaire). Des interventions sont en cours pour la promotion de la fluoruration de l'eau, notamment auprès des autorités municipales.

Le défi consiste à trouver des solutions pour contrer les inégalités qui s'accentuent en matière de santé dentaire chez les jeunes, les personnes âgées et la population en général.

Cibles retenues

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ ⊡ **68** Actualiser les connaissances sur la fluoruration des eaux de consommation et ses alternatives et les impacts sur la santé et l'environnement.
- ☐ ⊡ **69** Assurer la promotion et le maintien des mesures optimales de fluoruration par la communauté visant la prévention de la carie dentaire chez les enfants, les adultes et les personnes âgées.
- ☐ ⊡ **70** Promouvoir auprès de la population l'adoption de comportements favorisant la santé dentaire.

Avec les partenaires de la santé

- ☐ ⊡ **71** Développer les activités du *Programme public de services dentaires préventifs* auprès des 0 à 4 ans, consolider celles auprès des 5-12 ans, assurer un suivi rigoureux, et favoriser son évolution en fonction de l'état de santé buccodentaire des écoliers.
- ☐ ⊡ **72** Intensifier en CLSC les activités de ce programme par l'intégration graduelle de l'application d'agents de scellement dentaire auprès des jeunes de 5 à 15 ans.
- ☐ ⊡ **73** Consolider les pratiques cliniques préventives auprès des professionnels de la santé.
- ☐ **74** Implanter un programme d'hygiène buccodentaire adapté aux personnes âgées en perte d'autonomie.
- ☐ **75** Établir un plan régional d'organisation visant à faire correspondre l'offre des services dentaires aux besoins de la population en privilégiant les individus et les familles à faible revenu.
- ☐ **76** Poursuivre l'analyse des données en santé buccodentaire de *l'Étude longitudinale des enfants du Québec* afin de mieux comprendre les déterminants d'une bonne santé dentaire chez les 0 à 5 ans.

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable sur la santé

Objectif 11

Réduire les traumatismes par la promotion de mesures préventives

État de situation

Ce que les médias appellent couramment des accidents porte le nom de « traumatismes non intentionnels » dans le domaine de la santé publique. On cherche ainsi à contrer l'idée populaire voulant que les blessures surviennent dans des circonstances « accidentelles » dues au hasard et que l'on ne peut prévenir.

Les traumatismes non intentionnels constituent la première cause de décès chez les enfants, une importante cause de consultations médicales à tous les âges et une cause majeure d'hospitalisation chez les aînés. Ces blessures dites accidentelles sont responsables de plus de la moitié des décès des enfants et des jeunes et de 10 300 hospitalisations de Montréalais, soit 7 % des cas d'hospitalisation, toutes causes confondues.

Dans la région, la mortalité par blessures non intentionnelles est stable depuis cinq ans et les taux de mortalité sont inférieurs ou semblables à ceux de l'ensemble du Québec, sauf pour les piétons, chez qui elle est de 25 % supérieure : 36 piétons meurent par an, dont cinq de moins de 15 ans et dix de plus de 75 ans. Par ailleurs, la mortalité à la suite d'une chute chez les personnes âgées de 75 ans et plus a tendance à augmenter.

Au cours des cinq dernières années, les actions ont porté sur les traumatismes routiers (ex. : brigadier scolaire, comportement des piétons), les chutes chez les adultes âgés (ex. : développement et évaluation d'un programme de prévention des chutes en milieu communautaire–P.I.E.D.), les blessures chez les enfants (ex. : sécurité des appareils de jeu, blessures des tout-petits à domicile).

Les défis consistent à mener des actions concertées visant notamment à réduire les traumatismes chez les piétons, à intégrer la prévention des blessures dans les programmes destinés aux tout-petits et à soutenir des programmes visant à réduire le risque de chute chez les aînés. Il faut aussi améliorer les données afin de mieux soutenir la prise de décision.

Cibles retenues

Avec l'ensemble des partenaires

Traumatismes routiers

☐ 77 Développer des indicateurs sanitaires pour mieux informer les partenaires et la population des risques de la voie publique pour les piétons, les cyclistes.

☐ ⊡ 78 Documenter et promouvoir des mesures de contrôle de la circulation et d'aménagement sécuritaire des intersections (interdiction du virage à droite au feu rouge, respect et efficacité de la signalisation aux intersections, etc.).

☐ ⊡ 79 Promouvoir auprès des partenaires municipaux et d'autres acteurs des mesures de sécurité contribuant à réduire les blessures.

Avec les partenaires de la santé

Réduire les chutes chez les adultes âgés

☐ ⊡ 80 Soutenir les pratiques en matière de prévention des chutes auprès des milieux communautaires et cliniques (CLSC, groupes de médecine de famille).

☐ ⊡ 81 Développer les connaissances sur l'équilibre et les chutes et en informer les partenaires de la santé et du milieu communautaire.

☐ ⊡ 82 Poursuivre le déploiement de mesures de prévention des chutes (équilibre, logement), comme le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED), à l'ensemble des territoires de CLSC et assurer la formation des intervenants.

Réduire les blessures chez les enfants

☐ ⊡ 83 Intégrer des activités de prévention des blessures dans les programmes destinés aux tout-petits (*le Programme intégré de promotion et de prévention en périnatalité et petite enfance*).

Axe 4

La prévention des maladies et des traumatismes ayant un impact mesurable sur la santé

Objectif 12

Réduire les traumatismes intentionnels en ciblant les populations les plus vulnérables dont les jeunes, les femmes et les aînés, par des stratégies éducatives, un dépistage accru des cas d'abus et de négligence et un aménagement urbain sécuritaire.

État de situation

Au cours des dernières années, le problème des traumatismes intentionnels a reçu une attention spéciale, particulièrement la violence à l'endroit des jeunes, des femmes et des aînés. La prévention de la violence envers les personnes est une priorité nationale de santé publique depuis 1997 (MSSS). Elle est également identifiée dans le programme national de santé publique.

Peu de données permettent d'évaluer l'ampleur réelle des problèmes d'abus, de négligence ou d'agression envers les enfants ; toutefois, une étude réalisée en 1999 montre que 6,6 % des mères ont manifesté de la violence physique sévère envers leurs enfants. Par ailleurs, les troubles de conduite, incluant la violence envers les autres, affectent un grand nombre d'adolescents, entre 6 % et 16 % des garçons et de 2 % à 9 % des filles (Programme national, 2003). La violence faite aux femmes demeure encore difficile à évaluer mais, selon une enquête, 46 % d'entre elles auraient été victimes d'au moins un acte de violence depuis l'âge de 16 ans et 34 % auraient été victimes d'une agression sexuelle. Également, près de la moitié des femmes se disent inquiètes de marcher dans leur quartier le soir (DSP, 1996). Quant à l'abus et à la négligence envers les aînés, ils constituent un problème qui touche environ 4 % des personnes vivant au sein d'un ménage ou vivant seules et entre 8 % et 13 % des bénéficiaires du réseau de la santé et des services sociaux (Programme national, 2003).

La violence apparaît rarement du jour au lendemain, mais résulte d'une part d'un processus de socialisation qui débute dès la petite enfance et, d'autre part, de l'interaction de multiples facteurs tant individuels, sociaux qu'environnementaux. Il existe des pistes d'interventions prometteuses en matière de prévention précoce de la violence envers les personnes. Dans le domaine de la santé publique, on privilégie les actions en amont de la violence soit celles qui portent sur les déterminants de l'adaptation et de l'intégration sociale tels, la promotion des compétences sociales chez les

jeunes enfants ; la promotion de rapports égalitaires entre les garçons et les filles ; des interventions auprès des enfants exposés à la violence conjugale et le soutien aux parents dans leur rôle éducatif. Agir en amont de la violence, c'est permettre aux futurs adultes de régler leurs différents autrement que par des relations agressives et dominatrices à la base notamment des problèmes de violence conjugale et d'agression sexuelle.

Ainsi, les stratégies en matière de violence envers les personnes porteront sur des activités de surveillance ainsi que de développement de comportements pacifiques et de relations harmonieuses chez les tout-petits et les jeunes.

La promotion est également nécessaire en ce domaine puisqu'elle consiste en la modification des contextes qui favorisent l'apparition de comportements inadéquats ou malsains tels les actes et les comportements violents.

Finalement, reconnaissant l'influence non négligeable des déterminants environnementaux sur les individus, une attention particulière sera accordée à la sécurité des milieux de vie en particulier la sécurité urbaine. La promotion d'aménagements urbains sécuritaires et conviviaux permet d'une part, de diminuer les risques d'agression, d'accroître le sentiment de sécurité des femmes et des personnes âgées et de favoriser aussi la participation pleine et entière des personnes à la vie communautaire, socio-professionnelle, économique, etc. Les retombées des approches visant à rendre les milieux de vie plus sécuritaires peuvent ainsi se traduire en terme de santé et de qualité de vie.

Cibles retenues

- **84** Promouvoir des compétences sociales et des comportements pacifiques chez les tout-petits et les jeunes par l'intermédiaire notamment d'un soutien aux parents et aux intervenants en milieu de garde et en milieu scolaire.
- **85** En milieu scolaire, poursuivre en collaboration avec les CLSC l'implantation d'un programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes.
- **86** Intensifier et soutenir les pratiques cliniques préventives pour les médecins et les professionnels afin de détecter et de prévenir les cas d'abus et de négligence à l'endroit des tout-petits et des aînés en particulier.
- **87** Promouvoir des aménagements urbains sécuritaires pour diminuer les risques de violence et d'agression envers les femmes et d'autres groupes vulnérables (jeunes, aînés, personnes handicapées).

Axe 5

La prévention et la vigie sanitaire des menaces dues aux agents biologiques, chimiques ou physiques

Objectif 13

Prévenir les maladies infectieuses, protéger la population et promouvoir les comportements sains et sécuritaires.

État de situation

Malgré les nouveaux vaccins et les antimicrobiens, la lutte contre les maladies infectieuses n'est pas gagnée. La vigilance doit demeurer constante pour agir efficacement devant une menace réelle ou appréhendée, causée par des agents biologiques. C'est pourquoi des infections et maladies dites « à déclaration obligatoire » font l'objet d'une vigie sanitaire.

Pour les maladies évitables par vaccination, il importe de conserver nos acquis en termes de réduction d'incidence, de morbidité[14] et de mortalité. La population et les vaccinateurs doivent conserver un haut niveau de confiance envers les programmes de vaccination afin d'assurer des taux optimaux de couverture vaccinale surtout dans les groupes à risque (groupes défavorisés, certaines communautés culturelles, hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et utilisateurs de drogues injectables [UDI]). Globalement, 60 % des enfants sont vaccinés en cabinet privé, 30 % en CLSC et 10 % en milieu hospitalier. Il importe d'élargir l'accès en dehors des jours ouvrables pour permettre la vaccination aux cliniques sans rendez-vous et soutenir les médecins et les infirmières dans leur pratique.

Pour l'influenza, la morbidité et la mortalité seraient réduites par une amélioration vigoureuse des taux de couverture vaccinale chez les personnes âgées, celles atteintes de maladies chroniques vivant dans la communauté, et chez le personnel soignant.

Quant aux infections causées par des bactéries multi-résistantes aux antibiotiques acquises en milieu de soins, vu leur potentiel élevé de transmission, une action est essentielle. Ces infections prennent de plus en plus d'importance dans le contexte du virage ambulatoire et des soins à domicile puisqu'elles ont de graves conséquences en termes de morbidité et de mortalité. Il s'agit donc de poursuivre et d'intensifier les mesures pour prévenir et contrôler, en milieu de soins, la propagation de ces infections.

14. Taux de morbidité : nombre de personnes atteintes par une maladie.

Du côté des infections transmises sexuellement (ITS), la grande majorité des cas au Québec se retrouve à Montréal. Les cas d'infections connaissent une forte hausse : 50 % de plus de nouveaux cas de chlamydia et de gonorrhée en 2001 qu'en 1998. Les populations vulnérables présentent souvent un cumul de risques (prostitution, itinérance, toxicomanie, etc.) rendant l'intervention d'autant plus complexe et nécessaire.

La hausse des ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, combinée avec une banalisation de l'infection au VIH/sida et un relâchement des comportements sécuritaires laissent craindre une résurgence de l'épidémie du VIH. La transmission de l'hépatite C au sein de la population des usagers de drogues injectables se poursuit à un rythme rapide. Étant donné que l'infection par le virus de l'hépatite C est élevée au sein de cette population et que les activités de prévention du VIH paraissent n'avoir pas ralenti la transmission de l'hépatite C, le nombre de personnes infectées par le virus de l'hépatite C continuera d'augmenter. Il importe donc d'intensifier la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang. L'intervention de proximité permettant de rejoindre davantage les clientèles vulnérables demeure un enjeu important de même que l'amélioration de l'accessibilité au continuum de services.

Pour ce qui est de la tuberculose, elle se présente surtout dans les territoires de CLSC (St-Michel, Côte-des-Neiges, Métro) où résident une forte proportion d'immigrants provenant de pays où la tuberculose est endémique. Heureusement, les souches résistantes aux antibiotiques demeurent très faibles à Montréal. Cependant, le CLSC des Faubourgs a une concentration de services pour les personnes porteuses du VIH et des personnes sans domicile fixe et on sait que l'incidence de la tuberculose chez ces sous-groupes est plus élevée.

Le réseau de santé montréalais, en lien avec ses partenaires (MAPAQ, policiers, milieu scolaire, garderies, Ville, centres hospitaliers), doit se donner les moyens d'identifier rapidement toute situation susceptible de mener à la propagation de maladies infectieuses. Il doit être prêt à intervenir pour recueillir les informations nécessaires à l'enquête épidémiologique, obtenir les analyses de laboratoire, fournir l'information aux personnes potentiellement exposées et offrir dans les délais requis les mesures de contrôle. Cette tâche exige notamment des services de post-exposition qui offrent les soins, le suivi et les conseils d'usage.

Finalement, en collaboration avec les partenaires, il faut orchestrer la promotion des comportements sains et sécuritaires dans le milieu scolaire et auprès des groupes vulnérables et marginalisés.

Le défi réside dans une action planifiée, concertée et mobilisatrice. Il faut être prêt, en tout temps, à faire face aux situations urgentes, habituelles ou exceptionnelles, pouvant avoir un impact sociosanitaire, organisationnel ou économique majeur. Il faut aussi intensifier nos efforts de prévention et de promotion des comportements sécuritaires visant à réduire les infections transmissibles sexuellement ou par le sang et améliorer l'accessibilité au continuum de services pour les populations vulnérables.

Cibles retenues

Infections transmissibles sexuellement ou par le sang

Avec les partenaires de la santé

Assurer une connaissance/surveillance des infections transmissibles sexuellement, du VIH-SIDA et de l'hépatite C

88 Maintenir les activités de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, du VIH et de l'hépatite C et les études sur les déterminants en lien avec les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ex. : étude du passage à l'injection, comportements à risque chez les personnes séropositives).

Soutenir l'offre de services préventifs visant les infections transmissibles sexuellement ou par le sang pour les clientèles les plus vulnérables

89 Soutenir le développement des services de prévention des infections transmissibles sexuellement ou par le sang en CLSC pour les clientèles suivantes : jeunes en difficulté, usagers de drogues par injection, jeunes de la rue, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, communautés autochtones, travailleur(e)s du sexe et populations en provenance de pays où les infections transmissibles sexuellement ou par le sang sont endémiques.

90 Développer et consolider l'intervention clinique dans la rue auprès de groupes vulnérables, surtout les jeunes de la rue et les usagers de drogues par injection, selon le territoire de CLSC.

91 Consolider l'adaptation des services préventifs pour les usagers de drogues par injection en CLSC dans les sous-régions les plus à risque, nord-centre et sud-ouest, en développant des services dans cinq CLSC supplémentaires pour un total de 14 CLSC.

92 Améliorer l'accessibilité au matériel de protection contre les infections transmissibles sexuellement ou par le sang auprès des groupes vulnérables.

93 Améliorer la coordination entre les services communautaires et la 1re ligne afin d'assurer une meilleure continuité.

94 Participer avec des instances nationales dans la mise en place d'un système intégré de surveillance des risques liés à la transfusion et la transplantation.

95 Soutenir les organismes communautaires dans leurs activités en rapport avec la *Stratégie québécoise sur les infections transmissibles sexuellement ou par le sang*.

96 Lancer quatre nouveaux programmes communautaires d'échange de seringues dans les territoires suivants : Plateau Mont-Royal/Saint-Louis-du-Parc, Verdun/Côte-Saint-Paul, Saint–Henri, Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce).

Assurer la notification aux partenaires pour tous les cas d'infections transmissibles sexuellement ou par le sang identifiés comme prioritaires

⊡ ⊡ **97** Consolider un service régional et faire la promotion auprès de la clientèle dans divers milieux cliniques.

Promotion des comportements préventifs

⊡ ⊡ **98** Promouvoir auprès des populations vulnérables et des jeunes des comportements préventifs à l'égard des infections transmissibles sexuellement ou par le sang incluant, une sexualité responsable, l'injection à risques réduits, le dépistage et la vaccination par des programmes en milieu scolaire incluant le niveau collégial (infirmière scolaire des CLSC), centres jeunesse, groupes communautaires et les cliniques de jeunes.

⊡ **99** Développer, expérimenter et évaluer des modèles d'intervention adaptés aux nouvelles réalités.

Maladies transmissibles incluant la tuberculose

Avec les partenaires de la santé

Protection de la santé de la population en cas de menaces réelles ou appréhendées

☐ ⊡ **100** Investiguer les cas, prévenir les autres cas et contrôler les éclosions (maladies à déclaration obligatoire, signalements, manifestations cliniques liées à la vaccination) et recommander les mesures nécessaires de contrôle aux autres juridictions par suite d'une enquête épidémiologique (par exemple, eau potable, aliments, animaux, armes biologiques).

☐ ⊡ **101** Assurer le maintien d'un système régional de garde en maladies infectieuses (24/7) et en faire la promotion auprès des professionnels.

⊡ ⊡ **102** Établir un mode d'organisation en 1re ligne pour assurer l'évaluation, le suivi et la prise en charge des cas et des contacts dans chacune des six sous-régions.

⊡ **103** Former un réseau d'intervenants pivots en vaccination dans les CLSC.

⊡ ⊡ **104** Compléter et consolider un plan d'urgences en maladies infectieuses et un plan de mobilisation coordonnés avec les partenaires régionaux et nationaux, en particulier pour la tuberculose, l'influenza et le bioterrorisme.

☐ ⊡ **105** Assurer la détection précoce, la prise en charge et le suivi jusqu'à la fin du traitement de tous les cas de tuberculose incluant les nouveaux arrivants.

⊡ ⊡ **106** Assurer l'évaluation initiale, le traitement et le suivi de tous les cas de tuberculose inactive chez les nouveaux arrivants.

107 Mettre en place des programmes de contrôle de la tuberculose dans les milieux à haut risque (refuges pour sans-abri, centres de détention...).

Promotion des comportements préventifs

⊡ ⊡ **108** Consolider la couverture vaccinale chez les enfants par le maintien de l'application du Programme québécois d'immunisation de base.

⊡ **109** Augmenter les heures d'accès aux services médicaux et de vaccination (consultations sans rendez-vous, ouverture en soirée et les fins de semaine) en CLSC.

□ ⊡ **110** Améliorer la couverture vaccinale auprès des clientèles suivantes : bébés nés de mères porteuses du virus de l'hépatite B ou de parents provenant de zones endémiques ; usagers de drogues injectables (hépatites A et B) ; hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (hépatites A et B) ; voyageurs allant dans les pays en développement ; parents en instance d'adoption internationale ; enfants de certaines communautés culturelles (hépatite A) ; groupes à risque pour la vaccination contre le pneumocoque et l'influenza ; parturientes séronégatives avant leur congé de l'hôpital (rubéole).

□ ⊡ **111** Diffuser une information appropriée concernant la vaccination auprès des parents de jeunes enfants et des vaccinateurs.

□ ⊡ **112** Informer la population sur les risques d'exposition à certains agents infectieux comme le virus de la rage et le virus du Nil occidental.

Vigie sanitaire en cas de menace à la santé

⊡ ⊡ **113** Collaborer à mettre en place un système d'information vaccinale en partenariat avec les médecins et les CLSC.

□ ⊡ **114** Exercer une vigie des effets secondaires des produits immunisants, des maladies en émergence, de l'activité grippale, des facteurs de risque des hépatites A et B.

□ ⊡ **115** Exercer une vigie des infections nosocomiales (acquises à l'hôpital) par la promotion et la diffusion des signalements d'éclosions de pathogènes résistants aux antibiotiques auprès des CH, des CLSC, des CHSLD et autres directions de santé publique.

□ ⊡ **116** Exercer une vigie sanitaire pour les streptocoques du groupe A, les maladies entériques d'origine hydrique, les éclosions, le virus du Nil occidental.

□ ⊡ **117** Promouvoir le dépistage de l'infection latente de tuberculose (notamment chez les personnes infectées par le VIH) ainsi que le diagnostic précoce des cas actifs.

Soutien aux mesures préventives dans les pratiques médicales et professionnelles

☐ ⊡ **118** Promouvoir le dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez la femme enceinte.

☐ ⊡ **119** Développer et implanter des protocoles d'intervention pour dépister le VIH et les autres infections transmissibles sexuellement ou par le sang chez les femmes enceintes.

☐ **120** Informer les médecins et infirmières des mesures préventives et de contrôle de l'influenza selon le niveau de l'activité grippale.

☐ **121** Étendre l'implantation des mesures de prévention, surveillance et contrôle de l'influenza en CHSLD par la formation, le développement d'outils appropriés et le soutien aux intervenants.

☐ **122** Maintenir un haut niveau de connaissance et de compétence des vaccinateurs en offrant des sessions de formation (formation de base et mise à jour).

☐ **123** Diffuser les guides de prévention contre les bactéries résistantes aux antibiotiques notamment pour les infections nosocomiales et faciliter leur application par la formation des intervenants du réseau.

Avec les partenaires intersectoriels

☐ ⊡ **124** Participer aux plans des mesures d'urgence en cas de menaces réelles ou appréhendées causées par des agents biologiques (urgences en maladies infectieuses, pandémie d'influenza et bioterrorisme).

☐ **125** Collaborer avec des partenaires pour réduire les facteurs de risque sociaux associés à la transmission de la tuberculose et des infections transmises sexuellement et par le sang (toxicomanie, alcoolisme, itinérance, etc.).

☐ **126** Poursuivre les actions et développer des ententes avec la Ville (notamment la sécurité publique) pour mieux intervenir auprès des groupes marginalisés (programmes d'échanges de seringues, etc.).

Axe 5

La prévention et la vigie sanitaire des menaces dues aux agents biologiques, chimiques ou physiques

Objectif 14

Améliorer la santé en milieu de travail et prévenir les lésions professionnelles par l'amélioration des conditions de travail

État de situation

Un peu plus d'un million de personnes travaillent à Montréal, dont le tiers ne réside pas sur le territoire. Il s'agit de 53 % d'hommes et 47 % de femmes ; les jeunes de moins de 30 ans représentent près de 25 % de la population active, tandis que les 60 ans et plus en constituent moins de 5 %. Les travailleurs se regroupent surtout dans le secteur des services et de l'industrie manufacturière (soit 80 % et 18 %). Et, selon l'Enquête sociale et de santé 1998, il est clair que les jeunes travailleurs sont davantage exposés à des conditions pouvant être nocives pour leur santé et leur sécurité.

La CSST a indemnisé, en l'an 2000, environ 40 000 lésions, ce qui correspond à un recul de plus de 34 % par rapport à 1990. Le personnel masculin subit environ 2,5 fois plus de lésions que le personnel féminin. Les problèmes de santé au travail entraînent des coûts élevés en termes d'indemnisation et de perte de temps au travail. Les troubles musculo-squelettiques exigent la participation de la 1re ligne en vue de réduire la gravité et la durée des incapacités. Les activités d'expertise de la Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale doivent pour ce faire obtenir un financement récurrent.

Par ailleurs, l'exposition à des agents biologiques a donné lieu en 2000 à 202 accidents, problème sans doute sous-estimé puisque près de 500 personnes consultent chaque année pour des expositions au sang et aux liquides biologiques (ex. : piqûres d'aiguille). Le suivi post-exposition professionnelle effectué dans le Centre de référence régional est une stratégie efficace qui améliore l'accessibilité des travailleurs exposés et réduit les coûts du traitement.

Enfin, il faut signaler l'émergence de problèmes de santé mentale et de violence en milieu de travail. La CSST a indemnisé 3 511 nouveaux cas de troubles ou syndromes mentaux de 1994 à 2000. Ces cas ont la plus longue durée d'indemnisation (en moyenne 97 jours, et 42 jours pour l'ensemble des cas indemnisés par la CSST pour la même période). Il importe de les documenter, de bien identifier des stratégies efficaces et d'élaborer des orientations régionales en collaboration avec les partenaires.

La santé publique intervient en vertu d'un contrat confié aux Régies régionales par la Commission de la santé et de la sécurité au travail, qui agit comme maître-d'œuvre du régime québécois chargé d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Elle a établi, en collaboration avec le MSSS et son réseau des directions régionales de santé publique, des priorités, soit : les troubles musculo-squelettiques ; les maladies pulmonaires professionnelles (asthme, silicose, amiantose, bérylliose) ; les intoxications professionnelles ; les maladies infectieuses professionnelles; les cancers des voies respiratoires, de la vessie ; la surdité professionnelle ; les problèmes découlant de grossesses anormales liées au milieu de travail.

Les équipes à la Direction de santé publique et dans les cinq CLSC désignés en santé au travail (Lac-Saint-Louis, Côte-des-Neiges, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est, Montréal-Nord, des Faubourgs) réalisent des activités dans le cadre des programmes de santé spécifiques en milieu de travail : identification et évaluation des risques, surveillance de la santé, information sur les risques et les moyens de prévention, premiers secours et premiers soins. En outre, un programme s'adresse en particulier aux femmes enceintes, *Maternité sans danger.*

Le défi consiste à consolider les services de santé au travail, notamment en augmentant les effectifs médicaux, à soutenir les pratiques cliniques préventives concernant les lésions professionnelles et à répondre à un problème en émergence, les troubles de santé mentale.

Cibles retenues

Avec les partenaires intersectoriels

☐ ⊡ **127** Réaliser les activités de santé au travail prévues selon l'entente de la CSST et la planification annuelle régionale et soutenir les cinq CLSC désignés.

⌐⌋ **128** Documenter, avec les partenaires, les problèmes de santé mentale et de violence en milieu de travail et définir les stratégies efficaces.

Avec les partenaires de la santé

⌑ **129** Développer un plan de surveillance continue de l'état de santé des travailleurs et des facteurs d'exposition, notamment : troubles musculo-squelettiques, intoxications, infections, maladies pulmonaires et surdité.

⌑ ⊡ **130** Combler à 100 % d'ici 2006 les effectifs médicaux de santé au travail en CLSC en collaboration avec la Régie régionale, le Département régional de médecine générale et la Direction des affaires médicales et les CLSC désignés.

⌑ **131** Consolider, en collaboration avec le CHUM, le Centre de référence régional de suivi post-exposition professionnelle au sang et autres liquides biologiques par un financement récurrent.

132 Consolider la Clinique interuniversitaire de Santé au travail et de Santé environnementale par un financement récurrent.

133 Soutenir les professionnels de la santé en 1re ligne dans des pratiques cliniques préventives efficaces visant à réduire la durée et la gravité des lésions professionnelles (notamment les troubles musculo-squelettiques), le retour précoce en milieu de travail, le diagnostic et la déclaration par les médecins des maladies à déclaration obligatoire.

Axe 5

La prévention et la vigie sanitaire des menaces dues aux agents biologiques, chimiques ou physiques

Objectif 15

Prévenir les maladies d'origine environnementale, protéger la population et promouvoir un environnement sain selon une approche de développement durable

État de situation

La santé environnementale s'intéresse aux problèmes de santé qui sont causés ou aggravés par la contamination biologique, chimique et physique de l'air, de l'eau ou du sol. À Montréal, il s'agit surtout de :

- L'aggravation des maladies cardio-respiratoires occasionnées par la pollution atmosphérique et la chaleur accablante (asthme, rhinite allergique, maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance cardiaque et maladies coronariennes).
- Les problèmes de santé associés à une mauvaise qualité de l'air des logements et des bâtiments publics (asthme, infections respiratoires).
- Les infections, les intoxications d'origine environnementale et les maladies d'origine hydrique (gastro-entérite).
- Les cancers d'origine environnementale (peau, poumon, mésothéliome).

Les problématiques de la pollution atmosphérique et des changements climatiques ont des effets marqués à Montréal (smog, chaleur accablante, pollen de l'herbe à poux) qui pourraient s'amplifier si nous ne réduisons pas les émissions des véhicules, surtout dans le secteur du transport. Les partenaires sont mobilisés depuis le Sommet de Montréal et la contribution de la Direction consiste à étudier les impacts sanitaires actuels et futurs, à mener des actions de protection et de promotion d'une part pour réduire les émissions et, d'autre part, pour sensibiliser la population aux impacts santé et aux gestes individuels à poser.

Les conditions d'insalubrité des bâtiments, par suite de dégâts d'eau, d'humidité et de moisissures sont une cause importante d'exacerbation des crises d'asthme et d'irritation des voies respiratoires. La prévalence de l'asthme a plus que doublé depuis 20 ans. Des interventions efficaces existent pour le contrôle des aéroallergènes. Un partenariat avec le Service d'habitation de la Ville, le milieu scolaire, les CH et les CLSC est établi et les interventions mutuelles sont à consolider.

Pour ce qui est des menaces réelles et appréhendées de la santé de la population, la Régie régionale et la Direction de santé publique siègent au Comité de sécurité civile de la Ville. En effet, les menaces concernant le terrorisme chimique justifient une préparation de tous les intervenants régionaux et de la 1re ligne.

La problématique des seringues à la traîne prend de l'ampleur et entraîne des coûts de santé significatifs. Des interventions devraient être renforcées pour couvrir l'ensemble des générateurs de déchets. La consolidation du Centre de référence de suivi post-exposition professionnelle au sang et aux autres liquides biologiques du CHUM devrait s'ouvrir à la clientèle non professionnelle qui n'est pas actuellement couverte.

De tous les types de cancer, les cancers de la peau sont les plus fréquents au Canada et plus de 90 % sont attribuables à une exposition prolongée aux rayons solaires, d'origine naturelle ou non. Les enfants sont très vulnérables puisque 50 à 80 % de la dose d'exposition à vie s'accumule au cours des 18 premières années. Les coups de soleil en bas âge et à l'âge adulte sont les principaux facteurs de risque. Il existe plusieurs programmes d'éducation du public sur les comportements préventifs (crèmes solaires, lunettes et vêtements pastels) qui ont démontré leur efficacité.

Le soutien aux médecins de 1re ligne pour le diagnostic d'une intoxication ou d'une maladie d'origine environnementale est fourni par des médecins experts de la Clinique interuniversitaire de Santé au travail et Santé environnementale. Cette clinique a besoin d'un soutien financier récurrent.

Le défi réside dans l'action concertée parce qu'elle facilite l'adoption de politiques publiques saines en matière d'environnement, la promotion d'environnements sains, l'accès continu aux services de consultation de la Clinique interuniversitaire et des interventions efficaces devant les menaces réelles ou appréhendées.

Cibles retenues

Surveiller les impacts qu'occasionnent les problèmes de la qualité de l'air intérieur et extérieur sur la santé de la population ainsi que des changements climatiques

Avec les partenaires intersectoriels

- ☐ **134** Développer un portrait des conditions de logements insalubres conjointement avec la Ville (ex. : cartographie des quartiers à haut risque).
- ☐ **135** Consolider avec les milieux universitaire et collégial et l'Institut national de santé publique du Québec un plan d'études concernant l'impact de la pollution de l'air et des changements climatiques sur la santé : chauffage au bois, smog urbain et santé, indice de la qualité de l'air, trafic et santé, chaleur accablante. Le plan porte aussi sur l'impact des hospitalisations et de la mortalité.

☐ ⊡ 136 Poursuivre l'étude des maladies respiratoires à Pointe-aux-Trembles en collaboration avec la Ville pour le volet environnement.

Avec les partenaires de la santé

☐ ⊡ 137 Développer un plan de surveillance sur l'asthme chez les enfants.

☐ ⊡ 138 Consolider le plan de surveillance des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique.

Protéger les Montréalais des effets néfastes de la mauvaise qualité de l'air intérieur et extérieur ainsi que des épisodes de chaleur accablante

Avec les partenaires intersectoriels

Qualité de l'air extérieur et chaleur accablante

☐ ⊡ 139 Développer en collaboration avec la Régie régionale, la Ville de Montréal et Environnement Canada, un programme d'avis et d'alerte à la chaleur accablante visant notamment à rejoindre et à protéger les personnes les plus vulnérables (ex. : transport vers centres climatisés, distribution de bouteilles d'eau).

☐ ⊡ 140 Participer à la révision du règlement canadien sur le chauffage au bois en collaboration avec Environnement Canada.

☐ ⊡ 141 Faire des représentations auprès de la Ville de Montréal et de la Communauté métropolitaine de Montréal afin qu'une réglementation concernant le contrôle de l'herbe à poux soit adoptée et soutenir les arrondissements pour la mise en application des programmes de contrôle.

☐ ⊡ 142 Contribuer à la mise en oeuvre du programme visant à augmenter l'usage du transport en commun et à diminuer l'utilisation de la voiture notamment auprès des établissements du secteur de la santé en collaboration avec l'Agence métropolitaine du transport.

Qualité de l'air intérieur

☐ ⊡ 143 Participer avec la Ville à la révision de la réglementation municipale en matière de salubrité des logements.

☐ ⊡ 144 Informer et sensibiliser les inspecteurs municipaux et les intervenants des CLSC (ex. : le personnel d'Info-Santé CLSC, les infirmières au programme de maintien à domicile), des effets sur la santé des logements insalubres.

☐ ⊡ 145 Participer à la production d'un guide de bonnes pratiques concernant la qualité de l'air intérieur en milieu institutionnel (écoles, hôpitaux) et dans les résidences privées et assurer la formation des intervenants.

Avec les partenaires de la santé

☐ **146** Consolider le financement de la Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale.

Protéger la santé de la population des menaces réelles ou appréhendées : risques sanitaires et industriels et terrorisme chimique

Avec les partenaires intersectoriels

☐ **147** Participer à la révision du règlement sur les piscines et pataugeoires publiques en collaboration avec la Ville, le MSSS, Environnement Québec et l'Institut national de la santé publique du Québec.

☐ ⊡ **148** Développer et implanter un programme de gestion et de récupération des seringues à la traîne en collaboration avec les partenaires (Régie régionale, Ville, CLSC, organismes communautaires).

☐ ⊡ **149** Poursuivre les travaux du Comité de sécurité civile et du Comité anti-terroriste et préparer un plan de mesures d'urgence.

☐ ⊡ **150** Consolider la collaboration en matière de sécurité civile avec la Ville et les partenaires locaux (arrondissements, CLSC).

Avec les partenaires de la santé

☐ ⊡ **151** Maintenir un système régional de garde en santé environnementale 24/7, 365 jours par année.

☐ ⊡ **152** Poursuivre la vigie des paramètres de qualité de l'air dans les arénas.

☐ ⊡ **153** Procéder aux enquêtes épidémiologiques des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique et physique en collaboration avec les CLSC.

☐ ⊡ **154** Émettre des avis de santé publique auprès du BAPE, par exemple politique de réhabilitation

☐ ⊡ **155** Élaborer un plan de mobilisation d'urgences (ex. : terrorisme chimique, biologique et nucléaire) et organiser des simulations en collaboration avec la Régie régionale, les CLSC et le milieu médical.

☐ ⊡ **156** Consolider, en collaboration avec la Régie régionale, le Centre de référence post-exposition professionnelle au sang et aux liquides biologiques du CHUM.

☐ ⊡ **157** Soutenir les médecins traitants dans le diagnostic clinique de maladies environnementales.

Sensibiliser, éduquer et mobiliser la population aux problèmes de santé environnementaux et à ses principaux déterminants en collaboration avec les partenaires (ONG, groupes communautaires, CLSC, médecins, Ville, Conseil régional de développement, gouvernements provincial et fédéral)

Avec l'ensemble des partenaires

- ☐ ⊡ **158** Organiser des campagnes annuelles sur les impacts du chauffage au bois, du smog et de la chaleur accablante ainsi que sur les eaux de baignade.
- ☐ ⊡ **159** Implanter un projet du type « *J'aime ma planète : Je m'engage*! » dans les écoles primaires et l'évaluer en collaboration avec les CLSC.
- ☐ ⊡ **160** Participer à des événements environnementaux (Journée de l'air pur, Jour J, Journée annuelle du comité environnemental de la Commission scolaire de Montréal).
- ☐ ⊡ **161** Élaborer un programme de contrôle des aéroallergènes en milieu scolaire en collaboration avec les CLSC.
- ☐ ⊡ **162** Élaborer un programme de sensibilisation au transport actif (transport en commun, vélo, marche, etc.).
- ☐ ⊡ **163** Élaborer une campagne de sensibilisation pour la prévention des infections dues aux seringues à la traîne.
- ☐ ⊡ **164** Consolider des activités d'éducation pour prévenir le cancer de la peau chez les enfants en collaboration avec les CLSC et les médecins traitants.
- ☐ **165** Soutenir les organismes non gouvernementaux et la Ville de Montréal dans des initiatives de développement durable et la promotion d'environnements sains.

Axe 6

Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Objectif 16

Informer la population et les décideurs de l'état de santé des Montréalais et soutenir la prise de décision afin de développer des politiques, des interventions et des services

État de situation

Déjà bien présente dans les activités de santé publique, la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants a été consolidée dans la loi sur la santé publique (articles 33 et 34). Il s'agit de :

- dresser un portrait global de l'état de santé de la population ;
- observer les tendances et les variations temporelles et spatiales ;
- détecter les problèmes en émergence ;
- identifier les problèmes prioritaires ;
- élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population ;
- suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes de santé et de leurs déterminants.

La surveillance continue de l'état de santé figure aussi dans le programme national de santé publique ainsi que dans les plans d'action régionaux que les régies doivent élaborer. Les directions de santé publique ont aussi le mandat d'élaborer des plans de surveillance identifiant les finalités recherchées, les objets de surveillance, les sources nécessaires et le plan d'analyse des renseignements demandés.

Le défi consiste à actualiser ce cadre législatif au niveau régional pour que l'information émergeant de la fonction surveillance de l'état de santé de la population puisse devenir à la fois un outil de décision et de planification.

Cibles retenues

Avec les partenaires de la santé

☐ ⊡ 166 Décrire et analyser l'état de santé global de la population dans les domaines du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale, des habitudes de vie, des maladies chroniques, des traumatismes, des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé en milieu de travail, à l'échelle régionale, sous-régionale et locale.

- [ ] **167** Élaborer et diffuser des outils d'information adaptés aux besoins des utilisateurs.
- [ ] **168** Convenir d'une entente avec Statistique Canada pour obtenir un échantillon représentatif à l'échelle de Montréal de l'enquête de santé dans les collectivités canadiennes de 2005.
- [ ] **169** Contribuer au développement et au déploiement d'un infocentre régional de données.

Avec l'ensemble des partenaires

- [ ] **170** Mettre en place un forum des utilisateurs intéressés par les outils d'information dans le domaine de la surveillance.
- [ ] **171** Réaliser un projet pilote de cartographie, sur une base locale, intégrant des données socio-démographiques, socio-économiques, les ressources et les investissements.

Axe 6

Une connaissance approfondie de l'état de santé globale de la population et de ses déterminants

Objectif 17

Soutenir la prise de décision en vue de bonifier l'organisation des services de santé de 1re ligne

État de situation

À l'instar des systèmes de santé et de soins de plusieurs États occidentaux, le système québécois a fait, ces dernières années, l'objet de nombreux questionnements quant à son efficience, suscitant des réflexions en profondeur sur ses modes d'organisation et de financement.

Mis à part des impératifs d'ordre économique, technologique ou organisationnel, l'évolution constante des besoins de services dans la population impose aux services de santé et aux services sociaux de se transformer et de s'adapter pour être performants. Le vieillissement de la population et l'arrivée des nouveaux immigrants sont autant de facteurs qui contribuent à modifier les besoins et la demande en services.

De plus, les inégalités sociales et économiques qui persistent sont à l'origine d'inégalités de santé marquées. En effet, l'espérance de vie et les taux de mortalité évitables varient considérablement d'un groupe de la population à un autre. Traiter de façon équitable et efficiente toutes les personnes ayant besoins de services constitue un défi majeur pour le système de soins.

Les services de santé de 1re ligne sont actuellement ciblés comme pierre d'assise du système de santé avec, en priorité, le développement des groupes de médecine de famille (GMF). D'autres modèles peuvent aussi être considérés. Ces nouveaux modèles sont l'occasion de mieux comprendre, d'une part, les liens entre l'organisation des services de 1re ligne et l'accès aux services et, d'autre part, les liens entre ces modèles et l'amélioration de la santé de la population, notamment les groupes défavorisés.

Le défi consiste à fournir aux décideurs des données probantes en matière d'organisation des services médicaux de 1re ligne. Il s'agit que la prise de décision prenne systématiquement en considération les impacts de l'organisation des services sur la santé des populations.

Cibles retenues

Avec les partenaires de la santé et de la recherche

Suivre et évaluer les transformations de l'organisation de la 1re ligne quant à leurs effets sur la santé de la population :

- ☐ **172** Élaborer les indicateurs d'impact sur l'accès, la globalité, la continuité et la réactivité.
- ☐ **173** Analyser et suivre l'évolution des modes d'organisation et de l'utilisation des services de 1re ligne tant dans une perspective organisationnelle que populationnelle, notamment celle des groupes plus défavorisés.
- ☐ **174** Réaliser des projets de recherche découlant d'un plan de suivi et d'évaluation.
- ☐ **175** Mettre en place un réseau de collaborateurs formé de chercheurs, de cliniciens et de décideurs provenant des milieux universitaire et collégial, de l'Institut national de la santé publique du Québec, de la Régie régionale, des milieux cliniques, des CLSC et des CHSLD.

Soutenir l'implantation des modèles novateurs d'organisation des services de 1re ligne

- ☐ **176** Soutenir la réalisation du profil de l'état de santé de la clientèle de façon à mieux répondre à ses besoins de santé.

Des conditions de succès

La réalisation du *Plan d'action montréalais de santé publique* repose, avant tout, sur un partenariat et une complicité entre le réseau de la santé et des services sociaux et la Ville de Montréal, les organismes communautaires, le réseau d'éducation et les autres acteurs de la société civile. Sans ce partenariat, sans cette action intersectorielle, l'atteinte de résultats durables ne sera pas possible.

Déjà la collaboration établie entre le Regroupement des CLSC de Montréal et la Direction de santé publique pour l'élaboration de ce document et la consultation auprès de nos partenaires intersectoriels témoignent de cette volonté.

Quatre autres conditions appuieront une implantation réussie du Plan d'action soit la surveillance et la recherche, la diffusion et le transfert des connaissances, une évaluation constante et un financement adéquat.

Les résultats fixés sont toutefois conditionnels à un ensemble de facteurs, relevant à la fois du réseau et des partenaires associés. Certaines conditions trouveront réponse au niveau régional, d'autres nécessiteront des choix pré-déterminés effectués au niveau national.

La surveillance et la recherche

L'évolution de l'état de santé de la population et l'apparition de nouvelles menaces à la santé publique exigent de consolider notre capacité d'analyser les informations et d'acquérir de nouvelles connaissances. Les fonctions de surveillance et de recherche nous permettent d'offrir aux partenaires l'accès à ces données en vue d'orienter des actions immédiates de santé publique ou d'adapter les interventions au bénéfice de la population.

La surveillance continue permet de documenter l'évolution de l'état de santé et de ses déterminants tandis que la recherche permet de mieux comprendre les relations complexes entre les problèmes et les déterminants et de concevoir et d'évaluer des solutions, soit par des actions de santé publique, soit par des modes prometteurs d'organisation des services.

Pour mieux soutenir la prise de décision et l'action, les décideurs doivent être présents dès le début des travaux et l'information doit être diffusée à tous ceux qui peuvent en bénéficier. Il faut donc assurer un meilleur accès aux données pertinentes, en produire, les analyser et les diffuser auprès des décideurs et des divers partenaires en vue d'éclairer leurs choix : c'est à ces conditions que l'on pourra mieux répondre aux besoins de la population et harmoniser les contributions de chacun.

La diffusion et le transfert des connaissances

La reconnaissance des savoirs scientifiques est certes un domaine à privilégier, mais elle ne doit en aucun temps occulter l'immense richesse que recèle le savoir populaire. La participation des populations revêt donc une grande importance de même que toute l'expertise développée en milieu communautaire. Des moyens de partage et de diffusion des connaissances devront donc être convenus par toutes les parties intéressées.

Une évaluation constante

Le plan d'action régional devra également se soumettre à un processus d'évaluation afin d'apprécier la pratique de santé publique, de suivre les activités du plan et de vérifier l'atteinte des résultats fixés.

Par suite du consensus dégagé de la consultation sur les activités de santé publique à privilégier pour les trois prochaines années, des indicateurs seront fixés pour évaluer la performance, notamment :

- la mise en œuvre et les facteurs l'ayant facilitée ou ayant fait obstacle ;
- l'impact clinique, c'est-à-dire sur les patients ou les groupes ayant bénéficié des interventions de services préventifs : globalité des services, accessibilité, qualité et satisfaction ;
- l'impact sur l'utilisation des ressources et la productivité ;
- l'impact populationnel en termes d'amélioration de l'état de santé et de réduction des inégalités.

Un financement adéquat

Des budgets récurrents et un fonds affecté demeurent disponibles pour la réalisation des activités de prévention et de promotion en cours. Selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)*[15] réalisé par le MSSS en 2002, les ressources actuellement investies dans les CLSC et la Direction de santé publique de Montréal totalisent respectivement 44 468 403 $ et 11 170 000 $ (voir Annexe 3, Tableau 1). Il existe aussi un fonds affecté récurrent de 4,1 millions pour la période de 2003 à 2006 pour soutenir les efforts amorcés depuis 1995 dans le cadre des priorités régionales de santé et bien-être. Le processus sera adapté à la nouvelle réalité du plan d'action régional.

Les prévisions pour 2003-2006

Dans le plan du ministère de la Santé et des Services sociaux, la prévention demeure une priorité.

Le comité directeur responsable de l'élaboration du plan d'action régional a cru opportun d'estimer les coûts de consolidation ou de développement de l'une ou l'autre des axes proposées dans le présent document. Ces prévisions ont été calculées pour chacune des cibles dans une perspective de déploiement local, sous-régional ou régional selon l'objectif. L'importance accordée à l'un ou l'autre objectif s'appuie sur des critères de faisabilité (capacité d'agir) et de pertinence (importance du problème), ce dernier critère étant largement documenté dans le Rapport annuel 2002, *La santé urbaine : une condition nécessaire à l'essor de Montréal*.

Nous estimons à 42 M$ les investissements supplémentaires qui sont nécessaires pour réaliser le *Plan d'action montréalais de santé publique*. De ce montant, 90 % soit 27 M$ serait consacré aux services préventifs dans les CLSC, et 10 % ou 3 M$ irait aux volets surveillance, coordination régionale du déploiement et évaluation. Un montant de 12 M$ viendrait appuyer l'action intersectorielle nécessaire pour prendre collectivement le virage préventif dans notre région. Un sommaire de cette proposition se retrouve à l'Annexe 3.

Un déploiement en trois ans des services préventifs

Le plan d'action régional s'implantera sur une période de trois ans. Le déploiement des cibles tiendra compte des exigences du programme national de santé publique et des ententes de gestion demandées par le MSSS. Il sera tributaire d'un ensemble de conditions dont certaines trouveront réponse au niveau provincial.

Annuellement, le comité directeur de l'implantation et du suivi du plan d'action précisera les priorités de maintien, de consolidation ou de développement, les résultats attendus, les actions proposées, les contributions respectives, les indicateurs de résultat et le financement nécessaire.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC, 2001-2002*. 38 pages, octobre 2002

Annexe 1

Bilan de la démarche de consultation

La démarche de consultation autour du Plan d'action montréalais en santé publique visait à permettre aux partenaires intersectoriels d'étudier les défis auxquels la santé publique est confrontée ainsi que les axes, les objectifs et les cibles d'actions proposés, de les commenter et surtout, de les bonifier. L'analyse du contenu de la consultation alimentait les travaux du Forum des partenaires en santé publique portant sur l'élaboration des recommandations sur le plan d'action, *La prévention en actions*.

En tout, 350 personnes ont participé aux ateliers thématiques organisés sur les axes 1, 3, 4 et 5 et 85 avis ont été revus. L'ensemble de ce contenu a été analysé. À la suite des sondages menés auprès des omnipraticiens de la région et du personnel du réseau de la santé et des services sociaux, les 291 questionnaires complétés par les omnipraticiens ont été aussi analysés ainsi que les 211 soumis par le personnel du réseau. Finalement, les commentaires en lien avec *La santé en actions* émis lors des Forums interactifs sur la jeunesse et la santé mentale et le Forum des comités d'usagers, ont été aussi colligés.

Travaux du Forum des partenaires

Le Forum des partenaires en santé publique s'est réuni à quatre reprises, soit le 14 mars et les 11, 28 et 29 avril 2003.

Rencontre du 14 mars 2003

Les différents volets de la démarche de consultation de la Régie régionale sur sa planification stratégique pour la période 2003-2006 ont été expliqués. Par ailleurs, le Directeur de santé publique a fait une présentation du Rapport annuel 2002 sur la santé de la population *La santé urbaine – une condition nécessaire à l'essor de Montréal*, rapport qui a servi, entre autres, de base à l'élaboration du Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006. Les membres ont eu l'occasion, lors d'un tour de table, de commenter le mandat confié au Forum. Ils ont également convenu d'un mode de fonctionnement et ont fixé le calendrier de leurs rencontres à venir.

Rencontre du 11 avril 2003

La réunion du 11 avril 2003 a permis aux membres du Forum des partenaires en santé publique de faire connaître leurs réactions générales quant *au Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006* et de commenter certains des axes, objectifs, cibles et défis proposés. Un certain nombre de constats se sont dégagés de cette première discussion :

- Les membres du Forum partagent une préoccupation centrale quant à l'importance d'aborder les problématiques liées au développement des personnes et des communautés sur l'île de Montréal. Ils situent cette démarche dans le contexte d'améliorer de façon durable la qualité de vie de l'ensemble de la population, de contribuer au développement de milieux de vie dynamiques et solidaires ainsi que de lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale.
- La planification entreprise par la Régie régionale et la Direction de santé publique s'inscrit dans une approche de prévention en santé publique et vise à faire reconnaître la pertinence de cette approche dans le cadre des programmes en matière de santé et de bien-être.
- Il est souhaité que les actions s'inscrivent dans la durée et que les interventions fassent partie d'un continuum de ser-

vices. Il convient également d'assurer le suivi et de mesurer les résultats de ces actions.

Par ailleurs, les membres du Forum ont également souligné les contraintes de la démarche en cours :

- L'élaboration et la mise en œuvre du *Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006* sont encadrés par la Loi sur la santé publique et par le Programme de santé publique qui fixent certains paramètres et spécifient des domaines d'intervention.
- Le Plan d'action a été préparé par des spécialistes de la santé publique en fonction du portrait de la santé urbaine à Montréal. Il ne se situe pas d'emblée dans une perspective de développement social et communautaire.
- Les délais imposés à la consultation sont très courts et ne permettent pas un approfondissement des nombreuses questions soumises à la réflexion et au débat. Néanmoins, la tenue des ateliers thématiques reflète une volonté de donner l'occasion au plus grand nombre possible d'intervenants de s'exprimer.

Les membres ont identifié des enjeux majeurs qu'il est important de prendre en compte :

- Le concept de prévention doit être mieux expliqué et compris.
- La réflexion doit permettre de déterminer quelles sont les interventions susceptibles d'avoir un impact positif durable sur la population. Ce défi est aussi celui de procéder au choix le plus judicieux des actions à privilégier en fonction des ressources financières limitées. Toutefois, le fait que de nouveaux investissements soient prévus en prévention après plusieurs années de restrictions budgétaires est en soit un élément positif.
- Le développement du partenariat dans la conception et dans la mise en œuvre des interventions pose un défi certain. La reconnaissance des rôles des acteurs institutionnels et communautaires, la mise à contribution des expertises qu'ils détiennent et le processus lui-même de concertation sont des questions qui méritent d'être examinées attentivement.

Il a été convenu qu'en vue des prochaines réunions, des propositions spécifiques seraient élaborées sur la définition de la prévention en santé publique, sur des principes directeurs visant à encadrer le Plan d'action et sur un éventuel mécanisme de suivi et d'analyse des résultats du Plan d'action. De plus, des modifications au libellé des objectifs et des cibles seraient soumises à la considération des membres ainsi qu'une reformulation du texte sur les défis.

Rencontres des 28 et 29 avril 2003

Les membres du Forum ont procédé les 28 et 29 avril à un examen détaillé du Plan d'action. Ils ont notamment passé en revue les nouveaux textes préparés suite à la rencontre du 11 avril et ont débattu des modifications à apporter à la formulation des objectifs et des cibles.

De plus, les membres ont examiné une proposition à l'effet que le Forum des partenaires en santé publique soit mandaté afin d'assurer le suivi du Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006 et, qu'à cette fin, il se réunisse au moins une fois chaque année. Il était également suggéré de procéder à l'élaboration d'indicateurs de résultats et de solliciter la collaboration du Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal. Les membres ont convenu de n'adresser aucune recommandation à ce sujet à la Régie régionale et à la Direction de santé publique. Ils souhaitent que le Plan d'action soit finalisé et adopté dans un premier temps et que, par la suite, la question

du suivi et éventuellement celle de l'analyse de ses résultats fassent l'objet d'un examen et de nouvelles propositions de la part de la Direction de santé publique.

Il a également été convenu que les membres du Forum recevraient au début de la semaine du 5 mai le projet de rapport qui intégrerait l'ensemble de leurs commentaires, propositions et recommandations. Le rapport serait finalisé le 12 mai et transmis à la Régie régionale et à la Direction de santé publique par la suite.

La section suivante fait état des éléments de convergence et des préoccupations qui se sont dégagés des discussions entre les membres du Forum des partenaires en santé publique.

Faits saillants

La consultation a fait ressortir des éléments suivants :

- Pour la plupart, il est apparu pertinent d'intégrer à la proposition des principes directeurs servant à encadrer l'élaboration et l'implantation du plan d'action. La grande majorité des intervenants souhaitait qu'une attention particulière soit portée au respect des personnes et des milieux, à la reconnaissance d'une responsabilité collective face à la santé, à l'analyse différenciée selon les sexes et à l'adaptation des interventions à la réalité ethnoculturelle de Montréal. De plus, les participants à la consultation proposaient que le plan adopte une approche de santé publique qui soit globale et intégrée et qu'il prévoit des interventions qui soient en continuité avec celles qui existent déjà aux niveaux local et régional.
- Il y avait consensus autour de l'ajout de deux nouveaux défis : réduire la violence envers les personnes et réduire le suicide et les tentatives de suicide.
- Un objectif supplémentaire portant sur la violence faite notamment aux femmes a été une demande quasi unanime de la part des organismes communautaires.
- Les participants ont aussi énoncé clairement un certain nombre de préoccupations portant entre autres sur le processus de consultation, l'oubli de certaines clientèles, une approche trop médicale et une vision de partenariat qui confine le milieu communautaire dans un rôle d'exécutant. Une autre préoccupation s'est également manifestée quant à la méthode de répartition des ressources budgétaires liées à la problématique de la pauvreté. Un grand nombre de personnes propose une allocation de ces ressources en fonction du nombre de personnes vivant en situation de pauvreté et non en fonction de territoires ciblés.
- Finalement, tout au long de la consultation, il a été question des conditions de réalisation du plan d'action, principalement en ce qui concerne la reconnaissance du partenariat, le financement et les mécanismes de participation des groupes et des personnes ciblés. Selon les résultats de la consultation, la pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé et des services sociaux ainsi que la diffusion et le transfert des connaissances sont d'autres éléments à prendre en compte dans les stratégies d'implantation du Plan d'action.

Annexe 2

Mandat et composition du Forum des partenaires en santé publique

Le mandat du Forum des partenaires a été de faire des recommandations à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre sur les enjeux et les cibles de santé et de bien-être devant être pris en compte dans le cadre du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006.

La présidence du Forum des partenaires en santé publique a été confiée à madame Kathleen Weil, membre du conseil d'administration de la Régie régionale et membre de son comité de planification et d'évaluation. Une membre du Comité exécutif de la Ville de Montréal et le président du Forum régional sur le développement social de l'île de Montréal en ont assumé la vice-présidence. Le Forum a été constitué de la façon suivante :

- Le Directeur de la santé publique
- Un-e représentant-e des Centres locaux de services communautaires
- Un-e représentant-e de la Commission santé et sécurité au travail
- Un-e représentant-e des Centres jeunesse de Montréal
- Le Directeur du développement social à la Ville de Montréal
- Un-e représentant-e de l'Office municipal d'habitation de Montréal
- Un-e représentant-e de Centraide du Grand Montréal
- Un-e représentant-e des commissions scolaires
- Un-e représentant-e des collèges et des universités
- Un-e représentant-e du Conseil régional de l'environnement
- Six représentants-tes des regroupements d'organismes communautaires
- Un-e représentant-e de la Chambre de commerce du Montréal métropolitain
- Un-e représentant-e du Conseil central du Montréal métropolitain CSN
- Un-e représentant-e du Conseil régional FTQ - Montréal métropolitain
- Une représentante de la Table des groupes de femmes de Montréal
- Un-e représentant-e du Forum jeunesse de l'île de Montréal
- Un-e représentant-e de la Table de concertation des aînés de l'île de Montréal
- Un-e représentant-e des communautés culturelles
- Un-e représentant-e des groupes de gais et lesbiennes

Les institutions, regroupements et organismes ont été invités à désigner des personnes pour faire partie du Forum. En voici la liste :

Liste des membres ayant participé aux travaux du Forum des partenaires en santé publique

PRÉSIDENTE

Kathleen Weil
Membre du conseil d'administration
Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal-Centre

VICE-PRÉSIDENT(E)S

Louise O'Sullivan-Boyne
Membre du comité exécutif
Ville de Montréal

André Gamache
Président
Forum régional sur le développement
social de l'île de Montréal

MEMBRES

- **Centraide du Grand Montréal**
  Lyse Brunet
  Vice-présidente - Développement social
- **Centre jeunesse de Montréal**
  - Institut universitaire
  Lise Durocher
  Conseillère – partenariat réseau
- **Commission de la santé**
  et de la sécurité au travail
  Daniel Caron
  Agent de concertation
- **Communautés culturelles**
  Martin-Pierre Nombré
  Alliance des communautés culturelles
  pour l'égalité en santé et services
  sociaux
- **Conseil régional de l'environnement**
  Robert Perreault
  Directeur général
- **Conseil régional FTQ –**
  Montréal métropolitain
  Serge Lalonde
- **Direction de santé publique**
  Richard Lessard
  Directeur
- **Forum Jeunesse de l'île de Montréal**
  Daniel Vigneault
  Coordonnateur
- **Groupes de gais et lesbiennes**
  Robert Rousseau
  Directeur général
  SÉRO ZÉRO
- **Office municipal d'habitation de**
  Montréal
  Hélène Bohémier
  Directrice des relations communautaires
- **Regroupement des CLSC du Montréal**
  métropolitain
  Mariette Le Brun-Bohémier
  Directrice générale
  CLSC Pierrefonds
- **Regroupement des collèges**
  du Montréal métropolitain
  Maybel Garneau
  Directrice générale
  Cégep de Saint-Laurent
- **Regroupement d'organismes**
  communautaires
  Micheline Dubé
  Collège communautaire du CRDÎM

  Jean-Paul Faniel
  Coordonnateur
  Table de concertation sur la faim
  et le développement social
  du Montréal métropolitain

Claudine Laurin
Regroupement intersectoriel
des organismes communautaires
de Montréal

Michèle Leduc
Regroupement des organismes de
promotion du Montréal métropolitain

Michel Roy
Coalition des tables de quartier

Marc Therrien
RACOR en santé mentale

- **Table de concertation des aînés de l'île de Montréal**
  Serge Emond
  Coordonnateur
  Coalition pour le maintien
  dans la communauté

- **Table des groupes de femmes**
  Claudette Demers-Godley

- **Université du Québec à Montréal**
  Diane L. Demers
  Vice-doyenne –
  Faculté de science politique et de droit

- **Ville de Montréal**
  Marc Boucher
  Directeur du développement social

Précisions sur la désignation des représentants

Suite à des discussions avec les partenaires concernés, il a été convenu que les collèges et universités seraient invités à désigner chacun un-e représentant-e en vue de participer aux travaux du Forum.

La Chambre de commerce du Montréal métropolitain n'a pas été en mesure de désigner un-e représentant-e en vue de participer aux travaux du Forum.

Les représentants désignés par les commissions scolaires et le Conseil central du Montréal métropolitain CSN n'ont pas été en mesure de participer aux travaux du Forum.

Équipe de Soutien

Jocelyne Ayotte
Secrétaire
Direction de santé publique

André Bergeron
Agent de planification
Direction de santé publique

Deborah Bonney
Conseillère en communication
Direction de santé publique

Irma Clapperton
Médecin-conseil et Chargée de projet
Direction de santé publique

Guy Cousineau
Directeur du développement social
et communautaire
Conseil régional de développement de l'île de Montréal

Claude Doyon
Agent de planification
Direction de santé publique

Chantal Michaud
Secrétaire de direction
Conseil régional de développement de l'île de Montréal

Claude Vézina
Coordonnateur – Forum régional
sur le développement social
Conseil régional de développement de l'île de Montréal

Annexe 3

Sommaire des ressources de santé publique (2001-2002) en CLSC et DSP et de l'estimé des besoins (2003-2006) pour les six axes du Plan d'action montréalais de santé publique

Tableau 1

Sommaire des ressources de santé publique (2001-2002) en CLSC et DSP et de l'estimé des besoins (2003-2006) pour les six axes du Plan d'action montréalais de santé publique

Axes	Maintien[A]		Sous-total	Consolidation-développement (Réseau SSS)		Sous-total	Action intersectorielle[D]	Total
	CLSC	DSP		1re ligne[B]	DSP[C]			
1	2 068 403	70 000	2 138 403	1 000 000	100 000	1 100 000 (4 %)	2 000 000 (16 %)	5 238 403
2	Nd	Nd	Nd	2 600 000	200 000	2 800 000 (9 %)		2 800 000
3	25 400 000	4 000 000	29 400 000	16 585 000	500 000	17 085 000 (56 %)	6 500 000 (54 %)	52 985 000
4	6 500 000	3 400 000	9 900 000	1 765 000	500 000	2 265 000 (8 %)	500 000 (5 %)	12 665 000
5	10 500 000	3 320 000	13 820 000	5 050 500	1 200 000	6 250 000 (21 %)	3 000 000 (25 %)	23 070 000
6	Nd	380 000	380 000		500 000	500 000 (2 %)		880 000
TOTAL	44 468 403	11 170 000	55 638 403	27 000 000	3 000 000	30 000 000	12 000 000	97 638 403

A Ressources de santé publique en CLSC et DSP affectées à cet axe dans la région selon les données du *Portrait des ressources de santé publique dans les directions de santé publique et les CLSC (2001-2002)* réalisé par le MSSS en 2002.

B Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir le personnel du réseau (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, etc.), surtout en CLSC.

C Fonctions de surveillance, de coordination régionale et d'évaluation nécessaires pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action régional.

D Conformément au plan du MSSS, *Pour faire les bons choix (2002)*, il s'agit des besoins estimés pour soutenir les autres secteurs d'activité, surtout le milieu communautaire.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE